Rok XXVII. Kraków, 17 Marca 1888. Nr. 11.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłate
przyjmują:
Administracyi i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. O zwyrodnieniu pierwszorzędném rdzenia pacierzowego t. z. *Sclerosis disseminata* i jego objawach klinicznych.

(Wyjątek z dzieła pod prasą się znajdującego).

Podał

Prof. Adamkiewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

II. Rdzeń. Ogólne wejrzenie i rozszerzenie się ognisk. Zmiany chorobowe w rdzeniu są bardzo wielkie; nie ma prawie cięcia, aby w niem jakichś nieprawidłowości nie spostrzedz; na każdém prawie widać części o zanikłych osłonkach rdzennych, któreto części w miarę tego, jak były barwione i czém, różnie się przedstawiają. Gdy się zabarwi safraniną i to krótko, są one białe, po długiém zaś barwieniu fijoletowe. Nie podobna opisywać zmian w pojedyńczych przekrojach, namnożyłoby się tylko przez to mnóstwo szczegółów, wśród których przewodnia nić zaginąćby musiała. Łatwiéj z chaosu wybrniemy, gdy się z nieco ogólniejszego punktu widzenia na to zapatrywać będziemy. Cały rdzeń możemy sobie podzielić na 3 części w miarę zmian patologicznych, jakie okazują, a więc na części najwięcéj i najmniéj schorzałe i na takie, gdzie sprawa chorobowa średniego tylko dosiągnęła stopnia.

1. Zwyrodnienia najwyższego stopnia usadowiły się w średniéj części piersiowéj i dolnéj lędźwiowéj rdzenia pacierzowego. W przecięciu 3go piersiowego korzenia widać tylko trójkąt zdrowéj tkaniny, którego podstawa zwrócona jest do tylnego brzegu rdzenia, wierzchołek zaś sięga do lewego korzenia tylnego istoty szaréj. Przecięcie rdzenia w wysokości IV i V korzenia lędźwiowego okazuje najwyższe zmiany zwyrodnienia, są tu tylko szczątki zdrowéj tkaniny. W wysokości IV l. korzenia ogranicza się zdrowa tkanka do małego półksiężycowego rąbka na lewo od szczeliny i do lewego tylnego korzenia szaréj istoty.

Na wysokości Vgo korzenia lędźwiowego nie zawiera już istota biała części rdzennych czerwono się barwiących aż do korzeni wychodzących z przedniego prawego rogu szaréj istoty i tylko w szaréj istocie nerwy zawierające osłonkę rdzenną są szczególnie dobrze utrzymane. To spostrzeżenie zarówno jak i szczególne zachowanie się 4go tylnego korzenia lędźwiowego zwraca na siebie uwagę, trzeba więc będzie do niego nieco późniéj powrócić. Ten znaczny zanik istoty rdzennéj na całym prawie przekroju rdzenia, na co już i inni zwracali uwagę, jest zarówno dziwny jak i ciekawy; jest on bowiem wyrazem zupełnego zniszczenia rdzenia w przekroju. A przecież objawy uniemożliwionego przewodnictwa dopiero z końcem życia naszéj choréj się uwidoczniły. Ponieważ przewlekły przebieg choroby wyklucza mniemanie, aby dla téj choroby 3 lata trwającéj ostatnie 14 dni były decydujące, wynika więc z tego bardzo ważny fakt, że rdzeń, chociaż już w wysokim stopniu schorzały i istoty rdzennéj pozbawiony, dobrze wszystkie pobudki aż do ostatniéj chwili przewodził; to zdanie potwierdza jeszcze inne spostrzeżenie. Gdyby rdzeń w części swéj piersiowéj i lędźwiowéj skutkiem utraty istoty rdzennéj był pozbawiony przewodnictwa, natenczas sprawa chorobowa, jak gdyby mechaniczne przecięcie rdzenia działając, powinnaby była wywołać w następstwie wtórorzędne zwyrodnienie wstępujące. Tego jednak w naszym przypadku nie widzieliśmy. Tuż ponad 3im i 2im korzeniem piersiowym widać tylne sznury prawidłowe, tylko sznury Golla są zwyrodniałe. Już Charcot [1]) to zauważył, że *Sclérose en plaques* nigdy do wtórorzędnych zwyrodnień nie prowadzi. Spostrzeżenie to nazwał on ciemną stroną w nauce o zwyrodnieniach, a dla wyjaśnienia ich przytacza dwie możliwości. Albo występuje zwyrodnienie wtórorzędne w przebiegu stwardnienia rozsianego, ale na nie nie zwracano uwagi, albo też nitki osiowe w ogniskach sklerotycznych utrzymują się i prze-

[1]) *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moëlle epinière.* Paris, 1876, 1880, str. 271.

szkadzają wytworzeniu się zwyrodnienia wtórorzędnego. Pierwsze przypuszczenie mogę śmiało na podstawie mojego przypadku wykluczyć. Co do drugiéj możliwości to dalsze dokładne badania, o których rychło będzie mowa, rzecz całą wyjaśnia.

2. Zwyrodnienia najniższego stopnia. Drugą częścią rdzenia przez sprawę chorobową najmniéj zajętą jest część szyjna górna. W zakresie 3ch pierwszych korzeni szyjnych ogranicza się choroba do zaniku istoty rdzennéj w ostro ograniczonych polach leżących w białéj istocie wszystkich par sznurów. W sznurach tylnych mają te pole postać owalną, końcem więcéj śpiczastym zwrócone do spojenia. Pola leżące w sznurach bocznych przedstawiają się jako dwie symetryczne i przystające do siebie płaszczyzny, kształtu mniéj lub więcéj półkolistego, których przednie zakończenia nieco się rozchodzą zawierając pomiędzy sobą przestrzeń trójkątną czerwono się barwiącą. Ogniska w przednich sznurach wreszcie zajmują przestrzeń pomiędzy rogami przedniemi szaréj istoty, spojeniem i szczeliną przednią. Te wszystkie ogniska nie w jednakowy sposób są pozbawione istoty rdzennéj. Jak to krótkie barwienie wykazuje, nie posiadają pola w tylnych sznurach ani śladu istoty rdzennéj, podczas gdy pola usadowione w sznurach bocznych i przednich okazują nieco istoty safraniną czerwono się barwiącéj i to pola w sznurach przednich więcéj niż w bocznych. To, co na przekroju rdzenia po odtrąceniu wyż wspomnianych pól pozostaje, jest w części tylko zdrowe. Zdrową jest tylko istota szara i brzeg cały rdzenia z wyjątkiem tylnéj części, gdzie pola tylnych sznurów zwyrodniałe i w ten brzeg się wdzierają. Chorą jest zresztą cała pozostała część rdzenia między opisanemi polami i szarą istotą w tym stopniu, co pola w przednich sznurach. Zanim się nad temi ogniskami szczególnie ułożonemi zastanowimy, musimy się przekonać, że one rzeczywiście istnieją, a nie powstały skutkiem jakiejś niedokładności i wady w barwieniu lub stwardnieniu. Wyniki krótkiego barwienia, które dopiero co opisałem, potwierdza w zupełności podwójne barwienie. Ono nas poucza uwydatniając świetnie neuroglię i daje nowe kryteryjum do sądu, co jest zdrowém, a co za chore uważać należy i w jakim stopniu choroba się rozwinęła. Jak to późniéj dokładniéj wykażemy, zanikła w miejscach zwyrodniałych istota rdzenna a natomiast tkanka neuroglijowa wybujała i zgęstniała. Zarówno zanik istoty rdzennéj jak rozrost neuroglii zawisły od natężenia i długości trwania sprawy chorobowéj. Istota rdzenna i neuroglija stoją więc w stosunku niezmiennym, a stosunek ten wybornie uwidocznia safranina, barwiąc pierwszą czerwono, drugą fijoletowo. Badajmy więc rdzeń z zakresu 3ch pierwszych korzeni szyjnych przy podwójném barwieniu i silniejszych powiększeniach. Przekonywamy się, że w polach zwyrodniałych tych części rdzenia pokazują się szczegóły histologiczne, które usuwają wszelką wątpliwość co do istnienia zwyrodnienia i pozwalają zbadać dokładnie istotę jego. W zakresie właśnie tych pól zwyrodniałych widać neurogliję chorobowo wzmożoną i zgęstniałą. Ta zbitość siatki neurogliowéj pzostaje do zabarwienia czerwonego pojedynczych pól, jak to przy pierwszym stopniu barwienia widać w odwrotnym stosunku. W polach zwyrodniałych tylnych sznurów tworzy neuroglija zbitą gmatwaninę o bardzo niewielkich stosunkowo otworach dla nerwów. Te części prawie nie posiadają włókien nerwowych. Zwyrodniałe części w sznurach bocznych posiadają neurogliję o beleczkach zgrubiałych ale nietworzących takiéj zbitéj gmatwaniny jak w sznurach tylnych a w okach téj siatki umieszczona jest znaczna liczba nerwów zdrowych i nieco tylko zwyrodniałych. Do tkanki zdrowéj najwięcéj zbliżone są pola zwyrodniałe przednich sznurów, ale i tu jest tkanka widocznie uboższa w istotę rdzenną, a bogatsza w neurogliję, aniżeli tkanka na samym brzegu przekroju rdzenia. Neuroglija téj przybrzeżnéj części jest bardzo delikatna i cieniuchna a każdy jéj przestwór zawiera delikatny rąbek istoty chromoleptycznéj czerwono się barwiącéj, na znak, że nerwy tu się znajdujące są zupełnie zdrowe. To co się mieści między istotą szarą, brzegiem rdzenia a częściami zwyrodniałemi, ma cechę tych zmian, jakie opisaliśmy w częściach zwyrodniałych w sznurach przednich. Tak przedstawia się np. część około korzeni tylnych aż do miejsca wyjścia tychże, których piękne czerwone zabarwienie świadczy o zdrowiu, jako w pierwszym okresie poprzedzającym wyraźne zwyrodnienie. Wykazawszy istnienie zwyrodniałych pól w górnych częściach szyjnych, musimy teraz wykazać, jakie im znaczenie przypisać należy. Tylne pole zwyrodniałe odpowiada jeszcze najwięcéj sznurom Golla, nie pokrywa ich jednak zupełnie, mając samo kształt owalny, podczas gdy sznury Golla mają postać klina. Z przodu przekracza to pole granice sznurów Golla, a z tyłu do nich nie dochodzi. *Art. funiculares*, które biegną między sznurami Golla a sznurami Burdacha, uwidoczniają drobne te stosunki. Jeszcze mniéj odpowiadają pola zwyrodniałe boczne któremuś ze znanych układów. Zarówno i pola zwyrodniałe przednie nie mają nic wspólnego z drogami piramidalnemi przedniemi. Jakie więc znaczenie mieć mogą te pola zwyrodniałe, które jak to wykazuje badanie histologiczne preegzystują? Wyniki moich barwień [1]) safraniną i błękitem metylowym, które przedsiębrałem na zdrowych rdzeniach, dadzą na to odpowiedź. Oba te barwiki uwydatniają neurogliję inaczéj aniżeli osłonkę rdzenia i nerw i pozwalają w nim spostrzedz pewną istotę chciwie bardzo barwik pochłaniającą (ist. chromoleptyczną), którato istota w pewnych miejscach około istoty szaréj wyraźniéj występuje. Miejsca te nazwałem partyjami chromoleptycznemi. Z temito częściami chromoleptycznemi są te pola zwyrodniałe identyczne tak co do ukształtowania jak i umiejscowienia.

Poznaliśmy tylko początek i koniec typowego przypadku stwardnienia rozsianego. Co się tyczy pierwszego, wiemy że leży on w częściach chromoleptycznych rdzenia, a co do końca poznaliśmy, że już za życia sprawa chorobowa może rdzeń na całym przekroju poprzecznym pozbawić istoty rdzennéj. Z tych spostrzeżeń widać, że tam, gdzie wyż opisane stosunki się znajdują, choroba szerzy się z pierwotnych ognisk odśrodkowo. Wprost to samo wskazują jeszcze inne fakta. Obok całéj nieregularności, którą pojedyncze przekroje okazują, widać pewne prawidło, według którego się te ogniska szerzą. Jeżeli się na tych przekrojach jeszcze części zdrowe znajdują, są one umieszczone albo na brzegu przekroju rdzenia lub na obwodzie ogniska schorzałego. Gdzie zwyrodnienie aż do brzegu rdzenia i do korzeni dotarło, szerzy się ono i na te ostatnie w odśrodkowym kierunku i można je jeszcze śledzić przez jakąś przestrzeń w ich środkowym końcu. A wreszcie cała biała istota może, o czém już była wzmianka, całą istotę rdzenną utracić, podczas gdy istota szara jest zupełnie zdrowa. Z tego można dojść tylko do tego wniosku, że ogniska leżące między

---

[1]) *Neue Rückenmarkstinctionen. Sitzber. d. Akademie d. Wiss. zu Wien.* T. LXXXIX.

istotą szarą a brzegiem rdzenia szerzą się odśrodkowo. Jakim sposobem szerzy się sprawa chorobowa ekscentrycznie, o tém szczegółowo mogą nas pouczyć przekroje, w których choroba pojawia się w pośrednich stopniach zwyrodnienia. (C. d. n.)

II. Z kliniki laryngologicznéj prof. Jurasza w Heildelbergu.

Przyczynek do leczenia zboczeń przegrody nosowéj.

Napisał
Dr. W. Stan,
asystent w téjże klinice.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

W obec rozmaitych powyższych sposobów leczenia skrzywionéj przegrody nosowéj trzymamy się w klinice tutejszéj téj zasady, że w każdym przypadku należy uwzględnić osobiste właściwości chorego i że wybór środka leczniczego jak wszędzie i zawsze, tak i tu zawisł od rodzaju i stopnia zmiany chorobowéj. Dotychczas pięciu rozmaitych metod używaliśmy z pomyślnym skutkiem. W zboczeniach nieznacznych, które nie wywołują groźniejszych objawów, tylko czasowo, skutkiem obrzęku błony śluzowéj, utrudniają oddychanie nosem lub powonienie, używa się metody polecanéj przez Mackenziego i Delavana. Usuwa się zwężenie kosztem odpowiednich muszli, zwłaszcza muszli dolnéj, którą się kwasem chromowym lub galwanokauterem przyżega i zmniejsza. Baczyć przytém trzeba, aby równocześnie nie przyżegać i przegrody nosowéj, albowiem łatwo ztąd mogą powstać zrosty.

Przy zboczeniach świeżo powstałych skutkiem obrażenia, znajdujących się zwykle w tylnych częściach przegrody chrząstkowéj, używamy zazwyczaj czopków z waty. Po znieczuleniu kokainą wsuwa się czopki aż do miejsca, w którém przegroda uległa obrażeniu i za pomocą tychże wywiera się nacisk na skrzywienie. Czopki oddala się po kilku godzinach, niekiedy można je pozostawić w nosie przez dzień cały. Wprowadzać je należy dopóty, dopóki nie nastąpi zupełne wyleczenie. W rozprawie Huberta [1]) przytoczony jest przypadek, w którym skutek był pomyślnym. Jeżeli zboczenia głębiéj leżą i od dawnego czasu istnieją, natenczas wprowadzanie tamponów z waty mało, albo żadnéj nic przynosi korzyści. Siła prostująca musi tu być znaczniejszą i w tych przypadkach największą usługę oddają kleszcze Adamsa-Jurasza. Przy jednostronném skrzywieniu, niezbyt głęboko położoném, możnaby także według metody Petersena w krótkim czasie i bez wielkich trudów chorobę usunąć, natomiast przy głębiéj się znajdujących i przy skrzywieniach w postaci S wspomniane kleszcze niewątpliwie najprostszym są środkiem leczniczym. Oprócz ogłoszonych już przypadków, leczonych w ten sposób, przytaczam tu następujący, który sam miałem sposobność spostrzegać.

Gerhard Joël, 13 lat liczący, syn Dr. Gerharda z Dürkheimu. Przybył do kliniki d. 6 lipca. Przed 2 laty upadł na nos i od tego czasu czuje ciągłe zatkanie prawéj jamy nosa. Skutkiem tego brak oddechu i częsty ból głowy; sypiać może tylko z otwartemi ustami. Przedmiotowo zaznaczyć tylko można zboczenie przegrody chrząstkowéj na prawo tak znaczne, że cała jama nosowa prawa zamknięta. W lewéj widać wklęsłość odpowiadającą wypukłości prawostronnéj. Siódmego lipca założono przy użyciu kokainy kleszcze podług wyżéj opisanego sposobu. 8 lipca wyjęto ściskacz. Spostrzeżono małą odleżynę i zapalne zaczerwienienie końca nosa. Chory skarżył się oprócz tego ostatniéj nocy na ból głowy. Postawa przegrody była prostą. Dziewiątego lipca nastąpiło znowu lekkie zboczenie ku stronie prawéj i dla tego rozpoczęto wkładanie oliwek z kości słoniowéj przez dni czternaście. Po upływie tego czasu skutek był zupełny. Chory oddychał przez obie jamy nosowe i nie doznawał żadnych dolegliwości.

[1]) l. c.

Metody krwawéj używa się w klinice tutejszéj tylko przy zboczeniach w przodkowych częściach, a zwłaszcza na przednim brzegu przegrody chrząstkowéj. Zdarza się, że chrząstka zamiast łączyć się z przegrodą włóknistą w linii prostopadłéj wystaje w postaci guza w otworze nosa ku ścianie bocznéj, zamykając otwór nosa, albo częściowo, albo prawie zupełnie. Dotknięci tą nieprawidłowością szukają pomocy lekarza, jużto ze względów kosmetycznych, już dla zaburzeń, które powstają skutkiem zwężenia. W takim razie operuje prof. Jurasz w następujący sposób. Przecina błonę śluzową na wypukłości w kształcie kąta rozwartego. Odłącza potém przeciętą błonę od chrząstki i wyciąwszy nożyczkami lub nożem część wystającą łączy szwami błonę śluzową i wkłada tampon z jodoformem albo sublimatem. Cały rękoczyn odbywa się z uwzględnieniem kauteli przeciwgnilnych. Rana goi się przez zrośnięcie bezpośrednie i przegroda stoi w miejscu prawidłowém. Powyższéj metody użyto w następujących przypadkach:

Reiss Rudolf, 23 lat liczący, aptekarz z Mannheimu. Przybył do kliniki 21 grudnia 1885. Skarżył się, że ma nos krzywy i że od dziecięctwa cierpi na zwężenie prawego otworu nosa. Prosił ze względów kosmetycznych o operowanie téj nieprawidłowości. Przedmiotowo było można stwierdzić, że przegroda chrząstkowa w miejscu, gdzie się łączy z włóknistą, tak była przekrzywiona ku prawéj, bocznéj ścianie nosa, że prawie zupełnie cały otwór nosa zatykała. Koniec nosa skrzywiony był ku stronie prawéj. Po przecięciu błony śluzowéj nad wypukłością i po odłączeniu jéj od chrząstki wycięto wystającą część i złączono dwoma szwami błonę śluzową. Założono tampony z jodoformem. W trzech dniach po wyjęciu szwów nastąpiło zrośnięcie bezpośrednie. Prawy otwór nosa był wolny, koniec nosa stał w linii środkowéj. Chory czuł się szczęśliwym, bo zadość uczyniono jego życzeniom tak co do kosmetyki, jak i co do usunięcia dolegliwości.

Nahm Józefa, 22 lat licząca, sługa z Heidelbergu. Przybyła 11 grudnia 1887 r. do kliniki, skarżąc się na brak oddechu z powodu zatkania lewéj jamy nosa. Cierpiała oprócz tego na kaszel i na ból w lewéj jamie nosowéj. Przedmiotowo nie zachodziła żadna inna zmiana jak tylko znaczne wygięcie przedniego brzegu przegrody chrząstkowéj i skutkiem tego zwężenie lewego otworu nosa. Ponieważ chora bez namysłu zgodziła się na operacyję, przeto już 12 grudnia po dostatecznem miejscowém znieczuleniu kokainą przecięto błonę śluzową ponad wygiętą przegrodą, chrząstkę o ile sterczała po nad płaszczyzną przegrody obnażono i wycięto nożem. Daléj połączono trzema szwami przeciętą błonę i założono tampon z waty i jodoformu. Po trzech dniach nastąpiło zrośnięcie bezpośrednie; przegroda nie wykazywała żadnéj nieprawidłowości, chora oddychała lewą jamą nosa równie dobrze jak prawą.

Znakomite usługi przynosi nam wreszcie w leczeniu zboczeń przegrody nosowéj galwanokaustyka. Używamy jéj przedewszystkiem w tych przypadkach, w których zboczenie przegrody nosowéj, albo wyłącznie, albo przeważnie polega

na krzywéj postawie kości lemieszowéj. Wiadomo, że niekiedy bardzo znaczne powstają ztąd zaburzenia, i że chorzy godzą się wówczas chętnie na stosunkowo wielką operacyję, którą w celu usunięcia złego podjąć potrzeba. Rozcięcie albo na grzbiecie nosa, albo poprzeczne (według Brunsa), jest wtedy zazwyczaj koniecznêm, aby sobie ułatwić wypiłowanie kości zwężającéj jamę nosową. Od konieczności téj uwolnić się można, używając galwanokaustyki. Ten sposób leczenia ma nie tylko dla tego wysokie zalety, że jest łatwym do wykonania bez ogólnego znieczulenia chorego, i że operacyja od bywa się bez żadnych kroków przygotowawczych, ale i dla tego, że skutki jego są jak najpomyślniejsze. Prawieby wątpić można, czy z pomocą noża dojść można do tak świetnego rezultatu. Oprócz przypadków dawniéj już w ten sposób leczonych i ogłoszonych przez Huberta operowano w tutejszéj klinice w ostatnich miesiącach za pomocą galwanokaustyki dwóch chorych, z których jednak tylko u jednego zachodziło przekrzywienie kości lemieszowéj.

Bassermann Albert, 21 lat mający, aktor z Mannheimu, przybył 13 października 1887 r. do kliniki z powodu ostrego nieżytu nosa i gardła, skarżąc się przytém, że głos jego jest słaby i nieco ochrypły. Przedmiotowo rozpoznano lekkie, ostre zapalenie błon śluzowych połyku i krtani z lekkiém porażeniem mięsni strun głosowych. Przy badaniu nosa odkryto oprócz tego w lewéj jamie skrzywienie kości lemieszowéj, która w kształcie guza sterczała ku lewéj dolnéj muszli i była nadto z nią zrośnięta. W ten sposób oddychanie przez lewą połowę nosa bardzo było upośledzoném. Ponieważ oprócz wspomnianych zaburzeń nieżytowych także i zmiana w nosie bezwątpienia wywierać mogła wpływ na czynność narządów głosowych, przeto po usunięciu ostrego nieżytu gardła i krtani przystąpiono 5 grudnia do usunięcia zboczenia kości lemieszowéj. Znieczuliwszy kokainą błonę śluzową nosa po stronie lewéj, przyłożono płaski galwanokauter do podstawy sterczącego guza kostnego i po zamknięciu prądu elektrycznego wpychano go powoli w kość lemieszową, trzymając się kierunku równoległego do prostopadłéj płaszczyzny przegrody nosowéj. Operacyję tę powtarzano co 8—10 dni. Chory nie doznawal przytém wcale wielkich bolów i wykonywał jak przedtem obowiązki swego zawodu. Po czterech posiedzeniach w miejscu skrzywionéj kości lemieszowéj widać było tylko zeschnięty śluz i nieco ropy. Ranę zmywano rozczynem sublimatu i zasypywano ją kwasem borowym. W 14 dni po ostatniém użyciu galwanokaustyki zabliźniły się rany zupełnie. Skutek operacyi nazwać było można w tym przypadku wybornym. Głos wprawdzie nie jest jeszcze całkowicie czystym z powodu istniejących jeszcze przewlekłych nieżytowych zaburzeń w krtani, za to oddychanie nosowe jest zupełnie prawidłowém, a przegroda nosowa taką ma postawę prostą, jaką się w ogóle rzadko spotyka. Że leczenie galwanokaustyczne również i przy znaczném przekrzywieniu przegrody chrząstkowéj do bardzo pomyślnego prowadzić może skutku, niechaj następujący przypadek jako przykład posłuży.

Winterhalter Józef, 23 lat liczący, podoficer z Karlsruhe, przybył 24 grudnia 1887 r. do kliniki. Chory od 3—4 lat nie może oddychać przez lewą jamę nosa i ztąd cierpi na lekką dychawicę. Przedmiotowo stwierdzono w lewéj jamie nosa zboczenie przegrody chrząstkowéj w kształcie wału ciągnącego się od przodu i dołu ku górze i tyłowi. Przekrzywienie sięga aż do bocznéj ściany nosa i zatyka przez to jamę prawie zupełnie. W prawéj jamie widać wklęsłość, która stosunkowo do wypukłości w lewéj jamie wcale nie jest głęboką. Lewa dolna muszla zwiększona. Zrazu postanowiono zwężenie usunąć tylko przyżeganiem dolnéj muszli kwasem chromowym, ponieważ chory na leczenie się kleszczami dla braku czasu nie mógł zezwolić. Przyżeganie powtórzono dnia 7 i 17 stycznia. Jakkolwiek przedmiotowo nie wielki był skutek, to jednak chory zadowolonym był z tego sposobu leczenia, albowiem lepiéj niż przedtêm mógł oddychać przez lewą jamę nosową. Dalszego przyżegania jak i całego tego sposobu leczenia musiano jednak zaniechać, gdy d. 25 stycznia stwierdzono zrost muszli ze skrzywioną przegrodą, któryto zrost mógł powstać tylko skutkiem przyżegania. Na téj drodze nie można więc było dojść do celu, bo groziło niebezpieczeństwo dalszych zrostów i większego niż przedtem zwężenia. Ponieważ, jak już wyżéj wspomniałem, kleszczy użyć nie było można, przeto prof. Jurasz postanowił i w tym przypadku próbować skutków galwanokaustyki. Po mocném znieczuleniu kokainą przecięto przyczepinę i zaczęto ostrem żegadłem torować sobie drogę przez ów wał do tylnéj części nosa. 28 operacyję powtórzono. 1 lutego przecięto całą wypukłość. Chory uczuł znaczną ulgę, bo mógł oddychać nosem równie dobrze lewą jak prawą jamą. Rana dotychczas nie zagoiła się zupełnie. Uzasadnioną jest jednakże nadzieja, że i w tym przypadku galwanokaustyka znakomite odda nam usługi.

III. Przyczynek do kazuistyki osutki bromowéj.

Podał
Dr. Karol Szadek z Kijowa.

Pośród tak zwanych osutek leczniczych, t. j. zaburzeń skóry powstających u niektórych osób w następstwie przydłuższego użycia pewnych leków i znikających doszczętnie wkrótce po zaprzestaniu takowego, osutka bromowa zasługuje na szczególną uwagę z powodu swéj praktycznéj doniosłości, gdyż wyrzuty w wymienionéj osutce bardzo są podobne do rozmaitych innych wykwitów chorobowych skóry, zwłaszcza zaś brane być mogą za objawy drugorzędnéj i trzeciorzędnéj kiły; dokladniejsze zatém obznajomienie się z osutką bromową jest niemal niezbędném dla każdego praktycznego lekarza, ponieważ uchronić może w niektórych przypadkach wątpliwych od mylnego rozpoznania choroby skórnéj i wynikającego ztąd niestosownego leczenia.

Przeglądając podręczniki dermatologii zaledwie w niektórych z nich napotykamy obszerniejsze i szczegółowe omówienie osutek, powstających w skutek wewnętrznego stosowania przetworów bromowych [1]); podręczniki dawniejsze zupełnie przemilczają o osutce bromowéj, nowsze zaś krótko o niéj wzmiankują; w obszernym zbiorowym podręczniku Ziemssena osutka bromowa również po macoszemu jest traktowaną, gdyż całkowity jéj opis mieści się w kilkunastu zaledwie wierszach [2]). W polskiém piśmiennictwie lekarskiém napróżno szukałem szczegółowego omówienia zajmującego nas przedmiotu; ostatnia okoliczność przyczyniła się téż po części do tego, iż ośmieliłem się skreślić niniejszą rozprawkę, w któréj zamierzam zestawić kazuistykę bromowego schorzenia skóry, a zarazem podać krótki zarys objawów, przebiegu, rozpoznania

[1]) Behrend: *Lehrbuch der Hautkrankheiten. 2te vermehrte Auflage.* Berlin, 1883. A. Prince Morrow: *Drug Exanthems. A clinical study of the irritant effects of drug upon the skin.* New York 1887. — [2]) Ziemssen: *Hautkrankheiten, II Hälfte.* Leipzig, 1884, str. 224.

i leczenia osutki; w końcu zaś niech mi wolno będzie przytoczyć krótką historyję choroby ciekawego przypadku schorzenia bromowego skóry, spostrzeganego niedawno przezemnie w praktyce prywatnéj. Przypadek, który opisać zamierzam, zasługuje na uwagę jako przedstawiający niektóre osobliwości nie zbyt często spostrzegane. Co się tyczy odnośnéj literatury, to jakkolwiek na podstawie podręczników dermatologicznych sądzić należy, że osutka bromowa zdarza się stosunkowo dość rzadko, od czasu jednak częstszego podawania przetworów bromowych w chorobach nerwowych a zwłaszcza w padaczce, nagromadziła się w piśmiennictwie lekarskiém dość spora wiązanka spostrzeżeń odnoszących się do zmian na skórze, będących następstwem przydłuższego używania przetworów bromowych. Chociaż odkrycie bromku potasowego przez chemika francuskiego Balarda przypada na rok 1826, to jednak dopiero w roku 1857 zalecił Lecocq środek ten przeciw padaczce, a pierwsze wiadomości, odnoszące się do zmian na skórze w skutek wewnętrznego używania przetworów bromowych pochodzą z roku 1868 [1] [2] [3]).

Wkrótce potém o przypadkach osutki bromowéj wspominali Falret [4]) i Legrand de Saulc [5]); jednocześnie też Martin, Demourette i Pelvet [6]) ogłosili wyniki swych poszukiwań nad działaniem fizyjologiczném bromku potasu i między innemi następstwami podawania wewnętrznego bromku potasu opisywali téż zmiany na skórze, a mianowicie wyrzuty trądzikowe; Cholmeley [7]) opisuje przypadek, w którym w następstwie używania bromku potasu wystąpiła na twarzy i goleniach bolesna i rozległa osutka, przedstawiająca pryszcze podobne do wyrzutów wietrznéj ospy. Mitchell [8]) opisuje dwa przypadki osutki bromowéj polegającéj na powstawaniu wrzodów okrągłych, przypominających niesztowicę (*rupia*). Prawie równocześnie pojawiły się rozprawy Billa [9]) Clarka i Amorego [10]), w których podano wyniki poszukiwań doświadczalnych nad działaniem soli bromowych podawanych wewnętrznie; autorowie ci opisują grudkowo-krostkową osutkę powstającą w następstwie dłuższego użycia bromku potasu i amonu. Dokładniejszą wiadomość, dotyczącą osutek bromowych, zawdzięczamy Voisinowi [11]); wymieniony autor rozróżnia pięć odmian osutki bromowéj; najczęściéj napotyka się według niego osutkę krostkową, bardzo podobną do wyrzutów trądzika pospolitego (*Acne simplex, indurata*); występuje ona zwykle wkrótce po wewnętrzném podawaniu przetworów bromowych i sadowi się przeważnie na twarzy, piersiach i odnogach górnych. Rzadziéj nieco spostrzega się powstawanie guzków podługowatych lub okrągłych, wielkości od 2—5cm., koloru różowego lub wiśniowego, bardzo bolesnych, na powierzchni wyrzutów wzmiankowanych, usadowiających się zwykle na dolnych odnogach, powstają wkrótce bro'awkowate narośle, wielkości ziarnka prosa, koloru żółtawego; następnie guzy pokrywają się strupami i trwają dość długo (od 1 miesiąca do 1 roku); znikając pozostawiają na jakiś czas żółtawe, łuszczące się plamy. W wyjątkowych przypadkach osutka bromowa znamionuje się występowaniem w skórze nacieczeń, przypominających wrzedzionki. Oprócz wyżéj wymienionych postaci osutki bromowéj spostrzegał Voisin twarde guzy rumieniowo-pokrzywczane, również powstawanie sączącéj pryszczycy na goleniach.

Neumann [1]) podaje opis trzech przypadków osutki bromowéj; dwa przypadki jego są bardzo ciekawe: pierwszy dotyczył 18-miesięcznego dziecka, u którego po dłuższém podawaniu przetworów bromowych wystąpiły na czole i odnogach liczne krostki wielkości od prosa do grochu; obok tego na powierzchni lewego podudzia powstał guz większy, płaski, podobny do pęcherza; przy naciśnięciu takowego otrzymano ciecz złożoną z ropy i mazidła. Drugi przypadek odnosił się do 42-letniego mężczyzny, u którego na owłosionych częściach twarzy, na czole i szyi po użyciu bromu spostrzeżono rozrzucone nacieki w skórze; wyrzuty te wkrótce przeszły w głębokie owrzodzenia.

W bardzo starannie opracowanéj rozprawie Veiela [2]) znajdujemy dokładne opisy 12tu przypadków osutki bromowéj, powstałéj w skutek dłuższego stosowania bromku potasu u chorych na padaczkę; podobne do krostek trądzika wyrzuty usadowione były zwykle na głowie, brwiach i owłosionych okolicach skóry odnóg górnych górnych i dolnych. W niektórych przypadkach Veiel spostrzegał po zażyciu bromu wyniosłe nacieki rumieniowe, niekiedy zaś rozlane erytema, jakotéż guzy, mające z początku postać bąbli, następnie zaś brodawczate wejrzenie, wielkości $1/2$ do 1-guldenowéj monety.

Późniéj ogłoszone kazuistyczne przyczynki Mackeya [3]), Duhringa [4]), Gowersa [5]), Smitha [6]), Esenbecka [7]), Kloepfela [8]), Bultona [9]), Saundbyego [10]), Gamberiniego [11]), Grossmana [12]), Carningtona [13]), Eignera [14]), Jacqueta [15]), Amidona [16]), Hameaua [17]), Blackadera [18]), i Grelletyego [19]) przyczyniły się téż wielce do wzbogacenia naszych wiadomości o osutkach bromowych w ogólności i znacznie pomnożyły liczbę opisanych przedtém przypadków schorzenia bromowego skóry. Z wielkiéj liczby tych przypadków opisujących powstawanie na skórze krostkowych lub dokładniéj określić się niedających wyrzutów w następstwie przydłuższego podawania wewnętrznego soli bromowych

---

[1]) Stone: *On bromide of potassium as conteracting the nausea attending etherization. Boston medical and surgical Journal*, 1868, 27 Febr. str. 49 — [2]) Hameau: *Intoxication par le bromure de potassium. Journal de med. de Bordeaux.* 1886, Mars, str. 120. — [3]) Sander: *Uiber die therapeutische Anwendung des Brom und Chlorkalium bei Epileptischen. Centralbl. f. d. med. Wiss.*, 1868, Nr. 52. — [4]) *Edinburgh medical Journal*, 1872, February. — [5]) *Gazette des hôpitaux*, 1872, Nr 21, 22. — [6]) *Bulletin géneral de therapeutique*, 1873, LXXIII, str. 241, 289. — [7]) *Medical Times and Gazette*, 1869, Dec. 11, str. 695. — [8]) *Amer. Journal of the medical science*, 1870, October. — [9]) *Experimental researche in to the action and therapeutic value of bromide of potassium. Americal Journal of medic science.* 1868, July 17. — [10]) *The physiological and therapeutical action of the bromide of potassium and bromide of ammonium.* Boston, 1872. — [11]) *Gazette des hôpitaux.* 1868, 152.

[1]) *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1873. — [2]) *Uiber Bromkaliumacne. Vierteljahresschrift f. Dermatologie und Syphilis*, 1874, 1, str. 17—28. — [3]) *British medical Journal* 1878, May 18, str. 710. — [4]) *Philadelphia medical and surgical Reporter XXXIX*, 1878, 22, str. 466. — [5]) *Lancet*, 1878, I, str. 866. — [6]) *Norsk Magazin for Laegevidensk*, 3 R., VIII, 1878. — [7]) *Der praktische Arzt*, 1880, Nr. 6.— [8]) *Medizinisch chirurgisches Centralblatt*, 1881, Nr. 8. — [9]) *Lancet*, 1881, II, Nr. 16. — [10]) *British medical Journal*, 1882. II, str. 1148. — [11]) *Rivista internazionale delle scienze mediche*, 1884, 3. — [12]) *Deutsche Medizinal Zeitung*, 1884, str. 144. — [13]) *Transactions of clinical Society.* Londyn, 1885 XVIII, str. 28—30. — [14]) *Wiener med. Presse*, 1886. — [15]), *Journal of cutaneous and genitourinary diseases*, 1887, 6, str. 234—235. — [16]) *Therapeutic Gazette*, 1887, January, str. 49. — [17]) Tamże, 1887, March, str. 178. [18]) *Medical News Philadelphia*, 1887, I, str. 221. — [19]) *Bulletin et mémoires de la Société de thérapeutique.* Paryż, 2ga seryja XIV, 1887, str. 31—35.

niektóre musimy pominąć przez wzgląd na szczupłość ram niniejszéj rozprawki i ograniczyć się li tylko do pobieżnego i możliwie treściwéj wzmianki o ciekawszych z nich.

W przypadku Gamberiniego 25-letnia kobieta po wyżyciu 12 gramów bromku potasowego spostrzegła pojawienie osutki rumieniowéj na goleniach; wyrzuty wraz z zaprzestaniem dawek leku znikły, gdy zaś chora po upływie 4ch miesięcy znów zaczęła brać wewnętrznie bromek potasowy, wyrzuty powróciły wkrótce; tym razem osutka usadowiła się na nogach i była groźniejszą niż poprzednio, gdyż obok licznie rozrzuconych wyniosłych plam zauważano kilka pęcherzy, następnie zaś niektóre wyrzuty przeszły w owrzodzenia. Przypadek Grossmana dotyczył 12-letniego chłopczyka, dotkniętego padaczką; w skutek przydłuższego stosowania wewnętrznego bromku potasowego (w przeciągu 2 lat) zaczęły występować w rozmaitych okolicach skóry liczne wyrzuty w postaci guzków przechodzących następnie w owrzodzenie, wkrótce cała prawie powierzchnia skóry, z wyjątkiem twarzy i pleców, była zasiana brudnemi strupami dochodzącemi do wielkości bobu; po zdjęciu ich okazały się nieczyste, krwawiące się wrzody, opatrzone ciemnoczerwonemi brzegami; obok tego znajdowały się też liczne blizny, tudzież gdzieniegdzie twarde wyniosłości i nacieki wielkości talara. Chłopczyk cierpiał oprócz tego na zupełny brak łaknienia i wychudł znacznie, wynędzniał i podobny był do kościotrupa. Ponieważ choroba skóry była uważaną za kilową, przeto wyznaczono środki swoiste; po upływie jednak 2 tygodni nietylko nie zauważono żadnéj poprawy, lecz nadto wystąpiły na twarzy, plecach i innych okolicach ciała liczne, wielkości grochu, guzki, blade, twarde i bolesne przy naciskaniu; na spojówce obu gałekocznych spostrzeżono też powstawanie bolesnych guzków wielkości groszku, czemu towarzyszyły objawy zapalne. Po zaprzestaniu podawania bromku potasowego wszystkie wyżéj opisane objawy na skórze wkrótce znikły, pozostawiwszy po sobie wielkie blizny koloru czerwonawo brunatnego. W przypadku przez Carringtona podanym, u dziecka 11-miesięcznego w skutek dłuższego stósowania wewnętrznego bromku potasowego powstały na głowie i odnogach liczne guzki okrągławe lub eliptyczne, dość płaskie i miękkie; wyrzuty wymienione szybko ustąpiły po zaprzestaniu dawek leku. Przypadek Eignera zakończył się niepomyślnie, gdyż chory umarł, zażywszy w przeciągu niespełna roku 5 funt. bromku potasu. W przypadku Jacqueta zmiany w skórze wystąpiły w skutek podania niewielkiéj stosunkowo ilości bromku potasowego (w ciągu 11 dni po 1grm.). Przypadek ten dotyczył chorego, u którego osutka bromowa znamionowała się powstaniem guzkowych i krostkowych wyrzutów na piersiach, późniéj zaś na plecach i twarzy; pomimo zaniechania użycia leku, codziennie powstawały nowe wyrzuty, dawniejsze zaś szerzyły się na skórze chorego, obok nacieków krostkowo-guzkowych od wielkości grochu do orzecha laskowego rozsiane były liczne guzy objętości jednego centymetra i wyniosłe nad powierzchnię skóry na $^1/_2$cm.; usadowiały się one nietylko w wzmiankowanych wyżéj okolicach skóry lecz i na głowie i karku. Osutka pozostawiła po sobie dość głębokie blizny brunatno-czerwonéj barwy, opatrzone licznemi nowoutworzonemi naczyniami.

Rozpatrując się w odnośnéj kazuistyce widzimy, iż osutka bromowa zwykle występuje dopiero po dłuższém podawaniu przetworów bromowych lub przynajmniéj po nasyceniu ustroju większą ilością leku, podczas gdy pokrewne osutce bromowéj zajęcie skóry w skutek zażywania przetworów jodowych przeciwnie powstaje już po kilku dniach stosowania leku. W wyjątkowych tylko przypadkach stósowania soli bromowych spostrzegali autorowie zaledwo po 3ch do 4ch dni zadawania większych dawek bromku potasowego ostre wystąpienie osutki bromowéj wśród objawów gorączkowych; zwykle zaś osutka bromowa powstaje i szerzy się przewlekle bez gorączki; same wyrzuty zwiększają się bardzo powoli, w skutek czego u chorego spostrzegamy na skórze jednocześnie rozmaite okresy osutki; pod wpływem dłuższego podawania małych dawek bromku potasowego wyrzuty bromowe nie przestają pojawiać się w przeciągu wielu miesięcy i niekiedy nawet przez 1—2 lata wciąż się odnawiają. (C. d. n.)

IV. Przyczynek do chirurgii jelit.

Wypadnięcie wielkiéj pętli jelita cienkiego, enterektomija kawałka 69cm. długiego, wyzdrowienie.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
c. k. lekarz powiatowy w Buczaczu.
(Dokończenie. Patrz Nr. 9.).

Badanie dalsze wykazuje, że obie dośrodkowo ułożone i łukowato zagięte części pętli są zrośnięte z sobą w części środkowéj i wewnętrznéj, tuż poniżéj wzmiankowanego odsznurowania, które odpowiada otworowi w worku przepuklinowym. Przy zagięciu jelita w pętlę po stronie lewéj obie części jelita nie są z sobą zrośnięte na przestrzeni 5 cm.; w miejscu têm można wygodnie wejść palcem i namacać przylegającą część krezki. Wybitnie brodawkowatą przedstawia się szczególniéj dolna część pętli w połowie prawéj, poniżéj miejsca wyraźnie przewężonego — tam też zapalenie co do stopnia było najznaczniejszém. Po przecięciu nożyczkami pętli jelitowéj przekonałem się naocznie, że cała pętla wszędzie była drożną dla palca wskazującego, tylko błona śluzowa była bardzo mocno rozpulchnioną i zgrubiałą, oraz pokrytą znaczną ilością śluzu różowego, gęstego, a ściana jelita była również zgrubiałą, bo na 4—5 cm. grubą. Błona śluzowa była nadto tu i owdzie pokrytą licznemi punkcikowatemi wybroczynami na dowód, że zapalenie było znacznêm, a pomimo miernego tylko ucisku w otworze zewnętrznym worka przepuklinowego, chociaż drożność jelita była utrzymaną, krążenie krwi nie było zawsze całkiem swobodne, lecz wytworzyło się przekrwienie bierne, które sprzyjało mocnemu zgrubieniu i obrzękowi w pętli wypadłéj jelita.

Na zakończenie niniejszéj rozprawki wypada mi uwydatnić kilka uwagi godnych okoliczności, nadających temu przypadkowi charakter wyjątkowy, oraz usprawiedliwić, że wynik operacyjny nie był tak świetnym, jak się tego z góry spodziewać było można.

Otóż przedewszystkiem nacisk położyć muszę na punkt pierwszy, tj., że ciężką i nadzwyczaj niebezpieczną operacyję resekcyi jelita przedsięwzięto tutaj nie z powodu uwięźnięcia i zgorzeli jelita zaciśniętego w pierścieniu przepuklinowym, lub też z powodu spętlenia, skręcenia lub wgłobienia jelit, jak się to zazwyczaj zdarza — lecz z powodu wypadnięcia wielkiéj pętli jelitowéj i zaniedbania całkowitéj opieki lekarskiéj, tak, że repozycyi wypadłéj pętli nie dokonano, lecz narażono wypadłe jelita na coraz to bardziéj potęgujące się zapalenie. O ile przypomnieć sobie mogę, to przypadek ten niewątpliwie w literaturze lekarskiéj jest pod tym względem unikatem, nie zdarzyło mi się bowiem ani czytać, ani słyszeć o drugim tego rodzaju, i do tego stopnia

zaniedbanym przypadku, chociaż w braku roczników Virchowa i Hirscha na pewne stwierdzić tego się nie ośmielam.

W literaturze lekarskiéj polskiéj napotkałem jedynie przypadek opisany przez Niedźwieckiego [1]), w którym przez ranę ciętą przenikającą powłoki brzuszne wypady kiszki, sieć i żołądek, lecz w kilka godzin zaledwie, po staranném obczyszczeniu, wprowadzono takowe do jamy brzusznéj w całości. Przypadek ten zakończył się pomyślnie, a chora po 2 miesiącach uleczona opuściła szpital. Z powodów powyżéj przytoczonych jest i w przypadku moim naprowadzone wskazanie dokonania resekcyi jelita nader wyjątkowém i zapewnie nie tak prędko zdarzy się przypadek, aby resekcyi jelita dokonywano z powodu niemożebności odprowadzenia mocno zapalonéj pętli jelitowéj.

Rydygier w znakomitéj rozprawie [2]) wyłuszcza następujące wskazania do enterektomii: 1) odbyt sztuczny i przetoka kałowa; 2) zgorzel jelita uwięźniętego; 3) nowotwory złośliwe kiszki; 4) wyłuszczenie guzów jamy brzusznéj zrosłych z jelitem; 5) zwężenie kiszki.

Przypadek co dopiero przezemnie opisany nie mieści się pod względem wskazania w poczcie Rydygiera; sądzę jednak, że stanowi początek grupy przypadków prawdopodobnie i w przyszłości bardzo nielicznych i pod każdym względem wyjątkowych, dla których wskazanie do enterektomii uzasadnionem jest przez wypadnięcie pętli, zapalenie w wysokim stopniu i niemożność odprowadzenia do jamy brzusznéj, ani téż pokrycia częścią powłok brzusznych. Pod względem długości resekowanéj pętli, przypadek ten również należy do nadzwyczaj rzadkich; o ile dostępną mi była literatura, omawiająca przypadki resekcyi jelit, to mało jest przypadków, w których kawałki resekowanego jelita byłyby dłuższemi. I tak: Baum w Gdańsku [3]) u 40 letniéj kobiety, dotkniętéj przetokami kałowemi, skutkiem uwięźnięcia i zgorzeliny przepukliny udowéj po stronie lewéj, wyciął cały guz posklejanych pętli jelitowych, razem 134 ctm. jelita cienkiego; przypadek ten jednak po 4 miesiącach zakończył się śmiercią skutkiem powolnego wynędznienia, pomimo, że przecięte końce jelit i rana w powłokach brzusznych zupełnie się zagoiły. Koeberlé [4]) wyciął u 22 letniéj dziewczyny z powodu często ponawiającego się morzyska i podwójnego spętlenia jelit 2·05 metrów jelita cienkiego, założył jednak najpierw rzyć sztuczną, a potém dopiero ją wyleczył. Obaliński [5]) raz w przypadku wgłobienia jelit u mężczyzny 63 letniego dokonał resekcyi dłuższego, bo około 90 ctm. długiego kawałka jelita cienkiego, przypadek ten atoli w 24 godzin po dokonaniu operacyi zakończył się śmiercią. Mikulicz w przypadku wgłobienia i wypadnięcia jelita grubego przez kiszkę stolcową wyciął u 52-letniéj kobiety kawałek długości 76 ctm., jednakowoż bez laparotomii [6]).

W przypadku Barącza [7]) kawałek resekowany był 36 cm. długim, a chory pomimo utraty dosyć wielkiego kawałka jelita przebywszy przetokę kałową powoli wyzdrowiał. W innych przypadkach kawałek resekowanego jelita był zazwyczaj kilka lub kilkanaście cm. długim, tak np. w przypadku Rydygiera, pierwszym, który w literaturze polskiéj opisany, pomyślnie się zakończył [1]), wycięty kawałek był tylko 6 cm. długim. Pod względem techniki operacyjnéj trzymałem się zasad ogólnie obecnie przejętych, a należycie wypróbowanych, to téż nie metoda dobranych szwów jelitowych była temu winną, że wytworzyła się przetoka jelitowa, lecz ta nieszczęśliwa okoliczność, że w dziwny sposób wytworzyła się na jelicie wstępującem nader długa smuga zapalna, a nadto skutkiem starych spraw zapalnych tak była zrostami w jamie brzusznéj do innych pętli lub do otrzewnéj poprzyczepianą, że chcąc je uwolnić, byłbym musiał otwierać całą jamę brzuszną, jelito to uwalniać, resekować jeszcze znaczniejszy kawał jelita, i narażać chorą nie tylko na większe niebezpieczeństwo, ale nadto, mimo znacznego pogorszenia szans operacyjnych jeszcze nie mogłem być zupełnie pewnym, czy w głębi znajdę kawałek jelita z zupełnie prawidłową błoną surowiczą na powierzchni i całkiem nadającą się do zeszycia. W obec tego rodzaju stanu rzeczy spodziewam się, że postąpiłem rozsądnie i nie naraziłem bez potrzeby życia operowanéj, jeżelim dalszych poszukiwań zaniechał, i zadowolił się nie tak świetnym, lecz daleko pewniejszym i bezpieczniejszym wynikiem operacyjnym i na drodze żmudnéj i przykréj dla operującego i dla operowanéj przecież doprowadziłem ją do przystani zdrowia (i nie waham się napisać „do przystani zdrowia“, gdyż w obec pomyślnego dotąd przebiegu całéj sprawy chorobowéj w niedalekiéj przyszłości przetoka jelitowa pewnie się zamknie). Na usprawiedliwienie moje wystarczy nadto i ta okoliczność, że wielu zawołanym operatorom, mimo najlepiéj dobranych kawałków resekowanych jelit, spojenie przeciętych części nie zawsze tak się udaje, że ani jeden szew nie puści, lecz przeciwnie w połowie niemal przypadków pomyślnym wynikiem zakończonych wytwarza się przetoka kałowa lub jelitowa, trwająca nieraz i po kilka miesięcy [2]).

Wprawdzie możnaby przypuścić, że celem wykluczenia z pola operacyjnego owéj fatalnéj smugi zapalnéj można było smugę tę wyciąć i jelito zwęzić, zakładając szwy w kierunku osi części wstępującéj, a następnie dopiero pokusić się o zespojenie obu końców jelit, — lecz przyznam się otwarcie, że mimo ponętnego planu tego rodzaju rozejście się szwów mogło jeszcze prędzéj nastąpić, a zwężenie części wstępującéj czyli odprowadzającéj po wycięciu smugi przeszło na 1 cm. szerokiéj mogłoby chorą następnie narazić na groźne niebezpieczeństwa, z powodu tém łatwiejszego zatkania światła jelita grubą miazgą pokarmową.

Reichel z Wrocławia zebrał [3]) statystykę dokonanych dotąd enterektomij, a posługując się w téj mierze pracami Rydygiera [4]) i Madelunga, naliczył razem 121 przypadków resekcyi z śmiertelnością 48% (58 przypadków).

---

[1]) *Gaz. Lek.* Nr. 18, 1882 r. — [2]) O wycinaniu okrężowém kawałków jelita z następném zeszyciem obu odcinków. *Przegl. Lek.* z r. 1881, Nr. 40—44. — [3]) *Fortschritte der Medizin* 1884, Nr. 24. — [4]) *Resection de deux metre d'intestine grêle, suivie de guérison. Bull. de la Soc. de Chir.* 26 *Janvier* 1881. — [5]) Sześć laparotomij, wykonanych z powodu niedrożności jelit. *Przegl. Lek.* Nr. 49 z r. 1884. — [6]) *Pam. Tow. lekarsk. warsz.* 1884. — [7]) Resekcyja znacznéj części jelita w przypadku przepukliny uwięźniętéj, zgorzelą dotkniętéj. Wyleczenie. Odbitka z *Przegl. Lek.* 1886.

[1]) 10 przypadków laparotomij, napisał Dr. Rydygier. *Przegl. Lek.* Nr. 31, str. 427. [2]) Dr. Trzebicky: O operacyjnem leczeniu zapalenia otrzewny; Prof. Mikulicz: O laparotomii w przypadkach przedziurawienia żołądka i jelit. Odbitka z *Przegl. Lek.* 1885, str. 39; Rydygier: Trzy nowe przypadki wycięcia odźwiernika oraz kilka uwag o wskazaniu i sposobie operowania. *Przegl. Lek.* Nr. 1—4 z r. 1885; Schramm: Rak okrężnicy wstępującéj, wycięcie kawałka jelita, śmierć z powodu obumarcia kiszki. *Przegl. Lek.* Nr. 7 z r. 1883; Obaliński: Trzecia seryja laparotomij, dokonanych z powodu niedrożności jelit. *Przegl. Lek.* Nr. 50 i 51 z r. 1885 i t. d. — [3]) W rozprawie swéj, umieszczonéj w *Deut. Zeitsch. f. Chir.* T. XIX i *Berl. klin. Wochsch.* z r. 1884, str. 577. — [4]) *Berl. klin. Wochensch.* 1881, str. 43. —

Jeżeli do téj statystyki doliczymy tylko przypadki znane mi z literatury, a wykonane już po r. 1884, tj. Kosińskiego [1]) i Obalińskiego [2]), nadto 5 przypadków również Obalińskiego, z których 3 zakończyły się wyzdrowieniem [3]), przypadek Midowicza z wynikiem pomyślnym [4]), przypadek Barącza (l. c.) Hofmokla [5]), Waltera [6]) i mój, wszystkie na ostatku wymienione zakończone wyzdrowieniem — to mniéj lub więcéj zbierze się 135 przypadków wycięcia jelita, z których 74 czyli 54·4% wykazuje wynik pomyślny. Lubo zatém, jak dotąd, odsetka śmiertelności z powodu dokonywania enterektomij jest znaczną, to jednak w miarę ustalenia wskazań naukowych do podejmowania téj operacyi szczególniéj przy przepuklinach uwięźniętych zaniedbanych i podległych z powodu tego zgorzeli, — w miarę wyrobionéj rutyny i techniki operacyjnéj przy podejmowaniu częstszém tego rodzaju rękoczynów, a w końcu w miarę częstszego zgadzania się chorych na operacyje podobne, z pewnością liczba przypadków zakończonych pomyślnie pomnoży się znacznie i stanowić będzie zachętę dla współpracowników na żmudném, lecz wdzięczném polu chirurgii operacyjnéj, obejmującéj jamę brzuszną.

Czuję aż nadto dobrze, że przy kreśleniu niniejszéj rozprawki niektórych szczegółów nie rozwinąłem tak umiejętnie, jakbym tego pragnął, i że pod względem zestawienia statystycznego enterektomij nie mogę pochwalić się datami wyczerpującemi, gdyż brak mi odpowiednich dzieł i archiwów, pocieszam się jednak nadzieją, że podając przypadek mój pod wielu względami niezwykły do publicznéj wiadomości, potrafię obudzić interes naukowy, szczególniéj operatorów z zawodu, i będę aż nadto hojnie wynagrodzonym za pracę, jeżeli uda mi się pozyskać uznanie za to, że wśród warunków tak niekorzystnych dla wymogów antyseptyki w małym szpitaliku prowincyjonalnym zdołałem za pomocą trudnéj operacyi przywrócić nieszczęśliwéj choréj znośny stan zdrowia, a rodzinie matkę i żonę, uważaną już za straconą.

Już po oddaniu niniejszéj rozprawki do druku, gdyż dopiero w połowie lutego r. b. zgłosiła się na moje usilne żądanie operowana przed 7 miesiącami Katarzyna P., a ponieważ przetoka jelitowa w zupełności jeszcze się nie zagoiła, skłoniłem ją do pozostania w szpitalu, aż do zupełnego wyleczenia. Stan jéj odżywienia nie był świetnym, ale wcale nie gorszym od stanu, w jakim ją po raz pierwszy w chacie jéj napotkałem. Chora chodzi, spełnia ciężkie roboty domowe, nie uskarża się na żadne boleści w żywocie, miewa stolec co 2 lub 3 dni, a mała część na wpół płynnéj miazgi odchodzi jeszcze przetoką. Przetoka jelitowa jest silnie modzelowato z przetokami brzusznemi zrośniętą, a otwór jéj zaledwie dla końca małego palca jest przystępnym. Ponieważ drożność jelita odprowadzającego jest dobrze utrzymaną, a wypuklenie tylnéj ściany jelita naprzeciw otworku w kształcie zwykle napotykanéj ostrogi jest tylko nieznaczném, a nadto przesuwalność powłok brzusznych dokoła przetoki jest znaczną, przeto zupełne jéj zamknięcie z pewnością nie napotka na znaczniejsze trudności, a po odświeżeniu grubych brzegów, otaczających przetokę, udać się musi z pewnością. Tymczasem chorą się wzmacniało winem, bulijonem, rosołem i drobną siekaniną mięsną, a od 2 tygodni stan odżywienia jéj widocznie się poprawił.

D. 6 marca dokonałem zeszycia przetoki przy łaskawéj pomocy koll. Drów Krzyżanowskiego i Nachta. Po uśpieniu choréj za pomocą małéj dawki morfinu i chloroformu okroiłem należycie dobrze urobione brzegi skórne, otaczające przetokę, a następnie spoiłem otwór zewnętrzny, prowadzący do jelita, za pomocą szwu trójwarstwowego; a mianowicie okrwawione brzegi jelita zrośnięte z powłokami brzusznemi zeszyłem szwem kuśnierskim, używając do tego silnéj nitki katgutowéj (katgut chromowy Nr. 2gi); następnie na 1½ do 2cm. grube brzegi powłok spoiłem za pomocą 3ch szwów płytkowych, a w końcu powierzchowną warstwę skóry brzusznéj spoiłem znów 5 szwami węzełkowemi, ściśle obok siebie i tuż pomiędzy oraz obok szwów płytkowych ułożonemi. Zamknięcie przetoki udało się bardzo dobrze w obec łatwéj przesuwalności powłok brzusznych i mam uzasadnioną nadzieję, że tym sposobem chorą uwolniłem stanowczo od pozostałego, nieprzyjemnego następstwa po pierwszéj ciężkiéj, a stosunkowo ze względu na ogromną pętlę wyciętego jelita tak rzadko pomyślnym rezultatem uwieńczonéj operacyi. Po okrojeniu brzegów przetoki palec mały dał się choć z trudnością wsunąć w głąb jelita zeszytego i wykazał, że zresztą cały obwód jelita zespojonego okręgowo podczas pierwszéj operacyi gładko i silnie jest zrośnięty, a fałd błony śluzowéj jelita, sterczący zazwyczaj przy rzyciach sztucznych na kształt ostrogi jest tak nieznacznym, że żadnéj przeszkody przesuwaniu się treści jelita nie stawia i stawiać nie będzie, skutkiem czego rezultat ostateczny operacyi niezawodnie pomyślnym pozostanie.

Całkowite wyleczenie zatém choréj dotkniętéj wypadnięciem tak ogromnéj pętli jelita i następnie operowanéj nie ulega żadnéj kwestyi i byłoby już dawno nastąpiło, gdyby chora nie była lekkomyślnie szpitala porzuciła lub téż gdyby była przynajmniéj wcześniéj się zgłosiła, a nie zadowalała się niezupełném wyleczeniem, które jednak pozwalało jéj spełniać ciężkie posługi w gospodarstwie wiejskiém.

[1]) Trzy przypadki częściowego wycięcia kiszki. *Medycyna* Nr. 44—52 z r. 1885, wszystkie trzy zakończone pomyślnie. — [2]) Trzecia seryja laparotomij, dokonanych z powodu niedrożności jelit. *Przegl. Lek.* Nr. 50 i 51 z 1885. Kobieta 89 letnia operowana z powodu nowotworu kiszki esowatéj, z wynikiem niepomyślnym, z powodu rozstąpienia się 1 szwu i dostania się kału do jamy otrzewnowéj. — [3]) Jeszcze w sprawie pierwszorzędnéj enterorafii po wycięciu pętli jelitowéj zgorzelą dotkniętéj. *Przegl. Lek.* Nr. 24 z r. 1886. — [4]) Okręgowe wycięcie jelita przez Dra Midowicza w Tarnowie. *Przegl. Lek.* Nr. 23 z r. 1886, str. 311. — [5]) *Sitzungsbericht aus der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien v 15 Mai. 1885. Wien. Med. Blätter, Nr. 21, S. 650.* — [6]) *Hygiea. April, S. 262 u. Med. Chir. Rundschau 18 Heft, 1886.*

V. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Prof. Dr. M. Borysiekiewicz: **Untersuchungen über den feineren Bau der Netzhaut.** Leipzig und Wien, 1887.

Kiedy w r. 1883 pojawiło się tymczasowe doniesienie autora o wynikach badania siatkówki tygrysa, lamparta i lwa srebrzystego, gdzie u dwu pierwszych zwierząt znalazł autor na miejscu warstwy czopków i pręcików utwory zupełnie odmiennéj natury, mimo że wzrok pomienionych zwierząt nie przedstawiał nic do życzenia, zdawało się, że z ogłoszeniem tych faktów runie cała misterna budowa teoryi o funkcyi wzrokowéj pręcików. Ponieważ jednak budowa siatkówki lwa srebrzystego nie wiele zbaczała od schematu ogólnie dziś przyjętego, postanowił autor ostatnie swe słowo w téj sprawie wypowiedzieć dopiero po dalszych rozleglejszych poszukiwaniach.

Owoc tych studyjów przynosi nam w starannêm dziełku, wyposażonêm w wzorowe ilustracyje w liczbie około 91.

Przedewszystkiêm przekonał się autor, że różnice co do warstwy odpowiadającéj pręcikom u dwu wspomnianych zwierząt a zaznaczone w pierwszêm doniesieniu wynikły z odmiennych metod stwardzania preparatów. Co więcéj, okazało się, że preparaty stwardzane w płynie Müllera nie tylko u zwierząt ale i u ludzi przedstawiają odmienny obraz od dotychczasowych opisów, podczas gdy w ½ do 1% kwasie nadosmowym zachowywały siatkówki obraz zgodniejszy z dotychczasowemi zapatrywaniami, a jak autor sądzi, często wierniejszy. W kombinacyi tych dwu sposobów uzyskał autor kontrolę, dozwalającą mu uniknąć łatwéj tu jednostronności. Ostateczne wyniki téj pracy ze względu na ważność swą dla fizyjologii oka dają się streścić w następujących punktach:

1) Włókna Müllerowskie poczynają się przy błonie granicznéj wewnętrznéj, a kończą się na granicy przybłonka barwikowego jako pręciki i czopki (tych ostatnich nie uznaje autor za utwory odrębne, ale za pręciki, których jądro z warstwy ziarnistéj zewnętrznéj przesunęło się wyżéj, jak w ogóle sądzi B., że jądra téjże warstwy nie są ustalone, ale ulegają zmianom położenia).

2) Włókna Müllerowskie z wszelkiêm prawdopodobieństwem przebiegają przeto bez oddawania bocznych wypustek.

3) W części włókien Müllerowskich przebiegającéj w warstwie zewnętrznéj ziarnistéj mają takowe każde z osobna po dwa i więcéj ziarn, prócz samego tylko dołka środkowego plamki żółtéj, gdzie każde włókno posiada jedno tylko jądro. Liczba więc ziarn w warstwie ziarnistéj zewnętrznéj jest większą niż ilość czopków i pręcików.

Ponieważ nie udało się nigdzie stwierdzić, iżby włókna nerwowe przechodziły w pręciki resp. w czopki, z drugiéj zaś strony wszystko, co przemawia za wzrokową funkcyją pręcików, daje się równie dobrze odnieść do włókien Müllera, sądzi się autor uprawnionym do wniosku, że za elementy pośredniczące we wrażeniach świetlnych uważać należy włókna Müllerowskie w obrębie od wewnętrznéj do zewnętrznéj warstwy jądrzastéj. *Dr. Sroczyński.*

Karol Hess: **Dalsze badania nad fagocytami.**

H. szczepił królikom w rogówkę małe ilości koków ropnych, a skoro zapalenie już się rozwinęło, wyłuszczał gałki oczne w różnych okresach zapalenia i stwardniał je. Zabarwiwszy następnie podwójnie wycinki rogówki, według metody Grama, badał je drobnowidowo. Spostrzeżenia i wnioski, do jakich doszedł przy têm postępowaniu, są następujące:

W pierwszych 24—30 godzinach rozmnażają się koki bardzo szybko, i tworzą na brzegu wrzodu zbite, jednostajne, niebieskawe masy. Po 36 godzinach okazują się w sąsiedztwie téj masy pojedyncze punkciki niebieskie, które są tylko tak zwanemi fagocytami, tj. ciałkami białemi, wypełnionemi kokami. W miarę dalszego postępu sprawy zapalnéj zwiększa się ilość tych fagocytów, a to têm bardziéj, im więcéj sprawa zbliża się ku końcowi. Widocznêm jest nadto, że ciałka białe, znajdujące się daléj od brzegu wrzodu, zawierają w sobie coraz mniéj koków i to w postaci bezkształtnych grudek, — i że tuż przy brzegu wrzodu można jeszcze spostrzedz tu i owdzie koki leżące wolno, po za obrębem ciałek białych. W niektórych przypadkach dnia szóstego po zaszczepieniu nie można już było wykryć koków w polu widzenia.

Zachodzi pytanie, czy te pasorzyty drobnowidowe, pochłonięte przez ciałka białe, żyją jeszcze lub nie. H. nie wątpi, że to ostatnie ma miejsce, a to właśnie z tych powodów, że im daléj od brzegu, têm mniéj ich znajdujemy, i to w postaci nieregularnych grudek; nadto dla tego, że przy gojeniu się wrzodów nie spotykamy nigdy koków wolno leżących po za obrębem ciałek białych. Prócz powyższych zrobił H kilka innych doświadczeń cennych o tyle, że wyświeca pytanie, dla czego cieple okłady, stosowane do czasów Graefego w ropnêm zapaleniu rogówki, są tak dzielnym środkiem leczniczym. Autor wzniecał u królików zapalenie ropne równocześnie w obu oczach i stosował w pierwszych 1—3 dniach, przez 12 godzin, na jedno tylko oko, ciepłe okłady. Po pierwszym dniu znalazł, że ilość koków w oku ogrzewanêm była znacznie większa niż w oku drugiêm. Po trzecim dniu w têmże oku wszystkie koki z małemi wyjątkami znajdowały się już wewnątrz ciałek białych, podczas gdy w oku nieogrzewanêm bardzo dużo ich znajdowało się jeszcze po za obrębem ciałek białych. Widocznie ciepło sprzyja nie tylko rozmnażaniu się koków, ale i wzmożonéj działalności ciałek białych, przez co sprawa zapalna szybciéj przebiega. Według powyższéj nauki o fagocytach tłumaczy H., dla czego mikroorganizmy wstrzyknięte do żył dostają się do wątroby i śledziony, i zbija zapatrywania Ribberta, że wydzielanie ich z ustroju odbywa się drogą nerek. (*Virchows Archiv*, T. 110 II, 1888). *Dr. W. Idziński.*

Grandclément: **Leczenie zapalenia rogówki miąższowego mięsieniem oka.**

G. leczył dwa przypadki obustronnego zapalenia miąższowego rogówki mięsieniem oka w następujący sposób: Zapuszcza na oko kilka kropel waseliny karbolizowanéj 3 *pro mille* a potêm naciera okolicę rogówki w poprzek powieki górnéj przez piętnaście do dwudziestu minut co dwie godziny. Obok tego można leczenie uzupełnić puszczaniem pary wodnéj na oczy. Przy têm leczeniu widział, że po piętnastu dniach powstawały naokoło rogówki bardzo drobne naczyńka, po drugich piętnastu dniach wracała zupełna przeźroczystość pasa obwodowego z początku zakrytego naczyniami. Po sześciu albo siedmiu tygodniach zniknęło zaćmienie środkowe. (*Semaine médicale*, 1888, Nr. 3). *P...i.*

Chirurgija.

Roser: **Przyczynek do następowego leczenia chorych po tracheotomii.**

R. podaje, że w klinice chirurgicznéj w Marburgu wyzdrowiało z 47 w ostatnich 3½ latach operowanych z powodu błonicy 53%. Ten świetny wynik przypisuje wybornemu działaniu rurki tchawicznéj jodoformowanéj, wypełniającéj dokładnie światło tchawicy. Zapalenie błonicowe postępuje po największéj części stopniowo coraz to daléj; otóż R. spodziewa się, że rurką taką, wypełniającą ściśle powierzchnią jodoformowaną światło tchawicy, będzie w stanie dalszy postęp choroby powstrzymać. Aby rurka taka dokładnie tchawicę wypełniała, musi być wielkość jéj stosowna; i tak dla 1—2 letnich dzieci potrzeba rurki o średnicy 5—6 mm., dla 3 letnich 6—7 mm., dla 5 letnich 7—8 mm., dla 7 letnich 8—9 mm. Należy mieć w pogotowiu kilka takich rurek różnéj grubości i próbować wprowadzić jak najgrubszą, dopiero gdy ta nie wchodzi, wprowadza się cieńszą. Rurkę należy odmieniać co dwa dni. R. używa téj rurki także wtenczas, gdy tchawica już jest zajęta błonicą i twierdzi, że rurka ta znacznie lepiéj działa, niż zwykła, gdyż nie wywołuje odleżyny ani krwotoków z tchawicy, a jeźli nastąpi krwotok następowy z rany, rurka ta nie dozwoli krwi spłynąć do tchawicy, gdyż wypełnia szczelnie jéj światło. U dwojga dzieci,

u których wystąpiło porażenie połykowe, zostawił R. tę rurkę przez 4 tygodnie i tak zapobiegł dostaniu się pokarmów do tchawicy. U żadnego chorego nie powstała martwina chrząstek.

R. zaleca tę rurkę także po wykonaniu tracheotomii z innych przyczyn, np. z powodu raka krtani itd. W takich przypadkach chroni ona chorego od zapalenia płuc w skutek dostawania się ciał obcych. Rurkę przygotowuje się w następujący sposób: zwykłą rurkę z nowego srebra owija się 2 cm. szerokim, a 10 cm. długim w rozczynie sublimatu umaczanym kawałkiem gazy, następnie wciera się jodoform w tę gazę. Ta powłoka musi mieć grubość $1\frac{1}{2}$—2 mm. Po zaschnięciu tworzy to pokrywkę ściśle przylegającą, która po wprowadzeniu do tchawicy nieco nabrzmiewa i tém pewniéj światło tchawicy wypełnia. Do usunięcia błon dławcowych z tchawicy używa R. przyrządu podanego przez swego ojca, składającego się z lekko zgiętéj sondy, do któréj jest przymocowana obrączka 5—6 mm. szeroka. Na końcu zaleca R. robić tracheotomiję u chorych na krztusiec, jeśli ta choroba zagraża życiu dziecka. Wychodzi zaś R. z tego założenia, że napady kaszlu powstają w skutek drażnienia nadzwyczaj wrażliwéj błony śluzowéj krtani, jeśli więc powietrze nie będzie przechodzić przez krtań, to kaszel powinien ustać. Nawet wtenczas jednak, gdyby napady kaszlu daléj trwały, osiągniętoby w ten sposób wielką korzyść, bo powietrze mogłoby swobodnie przez rurkę wchodzić i wychodzić, kaszel kurczowy tedy jużby powstać nie mógł. Przez ranę możnaby téż krtań i tchawicę leczyć miejscowo. Ponieważ rurka, aby uchronić przechodzenie powietrza przez krtań, musi szczelnie tchawicę wypełniać, więc i tu zaleca R. swą rurkę tchawiczną jodoformowaną. (*Deut. med. Woch.* 1888, Nr. 7).

Dr. Rościszewski.

Dr. Sendler: **Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.**

Autor opisuje przypadek wykonanéj przez siebie cholecystotomii wraz z założeniem przetoki pęcherzykowo-brzusznéj. Operacyję wykonano 16 marca, do 19 maja przetoka się utrzymywała, a ilość wydzielanéj na zewnątrz żółci była z początku tak znaczną, iż przez dzień cały opatrunek przemakał, pomimo to jednak kał był prawidłowo zabarwiony i żółtaczka ustąpiła. W 19 dni po operacyi wydobyto przez przetokę kilka małych, miękkich kamyków żółciowych. To powtórzyło się jeszcze cztery razy. Po każdorazowém wyjęciu kamyków żółć była przez kilka dni rzadką, bursztynowo zabarwioną, późniéj stawała się gęstszą, ciemniejszą, pomięszaną z ziarnistym osadem, aż wreszcie znowu kilka miękkich małych kamyczków odchodziło. W 2 miesiące po operacyi przetoka się zamknęła, a chory w krótce potém zakład opuścił, nie doznając żadnych dolegliwości. W $2\frac{1}{2}$ miesiąca późniéj chory umarł na zapalenie płuc, a sekcyja oprócz zmian w płucach wykazała: Silne zrosty woreczka żółciowego z ścianą brzuszną. Przewód żółciowy drożny, tuż przy dwunastnicy znacznie rozszerzony, w wypukleniu zaś jego tkwią dwa kamyki wielkości orzecha laskowego. Pęcherzyk żółciowy przedstawia się jako płaska szczelina, jest zupełnie próżny, a przewód pęcherzykowy drożny. Wątroba nieco tylko powiększona jest kruchą, brunatno-żółto z odcieniem czerwonawym zabarwioną. Wszystkie kanaliki żółciowe aż do najcieńszych rozgałęzień znacznie rozszerzone i wypełnione żółcią częścią płynną, częścią zgęszczoną, osadem ziarnistym i znaczną ilością zupełnie wykształconych kamyków żółciowych. Badanie drobnowidowe wykazało stłuszczenie miąszu wątrobowego.

Przypadek autora należy do rzadkości ze względu na to, że kamyki żółciowe już w kanalikach żółciowych się tworzyły i w każdym razie świadczy o tém, że wycięcie woreczka żółciowego w *cholelithiasis* nie zawsze doszczętnie usuwa chorobę. (*Deut. Zeitschr. f. Chirurg.* t. 26).

Dr. Sondermayer.

Patologija.

Kiener i Engel: **O warunkach patogenicznych żółtaczki i jéj związku z urobilinuryją.**

Jako przyczynę żółtaczki przy braku przeszkody mechanicznéj w odpływie żółci z wątroby (*icterus haematogenes*) podają zmianę w składzie krwi i to głównie polegającą na przeistoczeniu się hemoglobiny w jakąś nową modyfikacyję, którą według jednych ma być hemafeina, według innych urobilina. Kiener i Engel doświadczeniami wykazują, że oddziaływanie z kwasem azotowym, które przypisują hematofeinie, a które występuje w moczu żółtaczkowym, słabnie w miarę, jak odciąga się moczowi barwiki żółciowe i moczowe i po usunięciu ich znika zupełnie. To więc oddziaływanie a raczéj mahoniowo-brunatne zabarwienie, występujące w moczu za dodaniem kwasu azotowego, wskazuje tylko obecność barwików żółci i moczu, a nie uprawnia wcale do przypuszczenia hemafeiny, istoty, któréj jeszcze nikt nie odosobnił. Druga teoryja przypuszcza, że czynnikiem nadającym w żółtaczce barwę żółtą tkankom, jest urobilina. Quincke pierwszy podniósł wątpliwość co do istnienia jakiéjkolwiek żółtaczki, którаby nie pochodziła od barwików żółciowych. Autorzy potwierdzają to zdanie Quinckego opierając się na następujących doświadczeniach: 1) Tkanki organiczne zanurzone w moczu, zawierającym urobilinę, nie barwiły się, takie same zaś tkanki w słabych rozczynach bilirubiny przybierały barwę charakterystyczną dla żółtaczki. 2) Przez wstrzyknięcie królikowi pod skórę z jednéj strony urobiliny, z drugiéj bilirubiny przekonali się autorowie, że tkanka łączna żywa zatrzymuje bardzo dobrze barwiki żółci a barwi się urobiliną jeszcze słabiéj niż tkanka martwa. 3) Promień światła odbity od skóry lub twardówki, z powodu żółtaczki zabarwionéj, nie daje w spektroskopie linii pochłonnéj, odpowiadającéj urobilinie, podczas gdy taki promień odbity od bibuły, napojonéj rozczynem urobiliny, okazuje wyraźnie ową liniję. Podobnież, jeżeli chory patrzał w spektroskop na widmo ciągłe, nie widział téj linii absorbcyjnéj, coby nastąpić musiało, gdyby w jego cieczy ocznéj i ciałku szklaném znajdowała się urobilina. 4) Płyn surowiczy przez nakłucie z brzucha chorego wypuszczony zawierał ledwie ślady urobiliny. Poszukiwania urobiliny, podjęte za pomocą spektroskopu w różnych tkankach na zwłokach, dawały wynik ujemny, pomimo ich silnego zabarwienia żółtaczkowego. Wszystko to zmusza autorów do przypuszczenia, że każdą żółtaczkę sprowadzają barwiki żółci i że nie istnieje żółtaczka urobilinowa (*ictère urobilique*). Przy wytworzeniu bilirubiny kosztem hemoglobiny główną, a może wyłączną rolę odgrywa wątroba. Wprawdzie spotykamy się w wynaczynieniach z rozkładem hemoglobiny na bilirubinę, jakotéż z tą przemianą we krwi saméj w skutek działania środków niszczących ciałka czerwone, lecz zawsze w tych przypadkach wytworzona bilirubina z ogólnego obiegu krwi przechodzi do wątroby i z żółcią zostaje wydzielona a wywołuje żółtaczkę tylko wtedy, gdy wątroba nie jest prawidłową. Wtenczas żółć jest zgęstniałą, lepką i zatyka wąskie przewody żółciowe. W stanie fizyjologicznym pewna ilość ciałek czerwonych w ustroju ulega rozpadowi, a komórki wątrobowe przerabiają hemoglobinę w tych ciałkach zawartą na barwik żółci. Jeżeli jednak ilość hemoglobiny do wątroby wprowadzonéj jest za

wielką, czy przez to, że w pewnych stanach chorobowych ciałka czerwone w wielkiéj liczbie się rozpadają, czy téż, że wątroba jest chorobowo zmienioną, tak że nie rozporządza odpowiednią liczbą komórek, któreby prawidłową ilość hemoglobiny rozłożyć mogły, jak to ma miejsce np. w marskości wątroby, to żółć staje się lepką i gęstą, zatyka przewody i sprowadza żółtaczkę. Na potwierdzenie tego przytaczają K. i E. spostrzeżenie, że w woreczku żółciowym zmarłego na żółtaczkę wykryli dość znaczną ilość hemoglobiny. Co się wreszcie tyczy urobiliny, która podczas żółtaczki w wielkiéj ilości w moczu się znajduje, to autorzy są tego zdania, że jest ona dalszym produktem rozkładu bilirubiny w tkankach złożonéj, organizm zaś dla usunięcia tego barwika, który w postaci grudek w komórkach tkankowych złożony jest trudno rozpuszczalny, zamienia go na urobilinę łatwiéj rozpuszczalną i w téj postaci wydala z moczem. (*Archives de Physiologie normale et pathologique*, 1887, Nr. 6, str. 198—225). *A. B.*

Prof. Virchow: **O zatruciu sublimatem.**

Pod tym tytułem miał prof. V. na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego berlińskiego w listopadzie zeszłego roku wykład połączony z demonstracyjami preparatów anatomicznych z osób, które uległy zatruciu. Zmiany znalezione po śmierci zasługują, zdaniem V., tém bardziéj na uwagę, że przedstawiają się jako zwykłe zmiany poczerwonkowe i że bardzo łatwo można je tylko za takie uważać, jeżeli się nie uwzględni historyi choroby i jeżeli się je rozpoznaje tylko na podstawie tego, co się przy sekcyi spostrzega. Podstawę do wspomnianego wykładu dały mu trzy sekcyje, z których jedna odnosiła się do osoby zmarłéj po porodzie w Charité po trzechrazowém codziennem przestrzykiwaniu macicy jednym litrem wody sublimatowéj w rozczynie 1 na 1000, a więc po trzech gramach sublimatu do przestrzykiwań zużytych. Rozumie się samo przez się, że nie wiadomo, ile z tego sublimatu do ustroju się dostało. Przy sekcyi znaleziono *parametritis et perimetritis purulenta*, *empyema et arthritis purulenta*, *multiplex*, *diphteria colonis*. Jedynie wiadomość, że osoba ta umarła z zatrucia sublimatem, skłoniła V. do podjęcia badań chemicznych; we wszystkich wymienionych miejscach ustroju wykazano rtęć. Gdyby nie to, przyznaje sam V., że byłby zmiany znalezione przy sekcyi uważał za zwykłe poczerwonkowe. — Drugą sekcyję wykonano na zwłokach kobiety zmarłéj także po porodzie, po stósowaniu przestrzykiwań macicy rozczynem wodnym sublimatu. Obok zmian w innych narządach znaleziono rozległe i ciężkie zmiany błonicowe w jelicie grubém. — W trzecim przypadku umarł chory kiłą dotknięty po zastósowaniu dziesięciu wcierań 5ciogramowych z szaréj maści. Sekcyja wykazała jako przyczynę śmierci podobne zmiany błonicowe jak u poprzednich.

Obraz anatomiczny błonicy jelita grubego po czerwonce jest taki sam, jak po zatruciu sublimatem. V. podaje, że już w r. 1879 przedsiębrał badania razem z prof. Liebreichem, przyczém wykazali, że sublimat drażni w wysokim stopniu jelita drogą krążenia we krwi, szczególnie jelito grube, co sprzyja osiedleniu się mikroorganizmów w przewodzie pokarmowym obecnych na miejscach ściany jelit przekrwionych i wynaczynionkami pokrytych, sprowadzając następowo tamże owrzodzenia. — W dyskusyi nad tym tematem zauważył Senger, że miał niedawno dwa przypadki zatrucia sublimatem, w których przy sekcyi nie znaleziono żadnych znaczniejszych zmian ani w żołądku ani w górnych częściach jelit, a za to rozległe zniszczenia w jelicie grubém. Liebreich zaś wspomniał, że u zwierząt można z wszelką pewnością przypuścić wydzielanie się rtęci z ustroju drogą przewodu pokarmowego, że po wstrzyknięciu podskórném jakiegobądź przetworu rtęciowego zachowanie się tegoż w ustroju jest takie samo jak zachowanie się sublimatu. W końcu podał Jacousiel, że spostrzegał u jednego chorego kiłą dotkniętego już w 24 godzin po wtarciu jednorazowém 2 gramów szaréj maści gorączkę, bóle w brzuchu i liczne śluzowokrwawe stolce; po usunięciu wcierań chory wrócił do pierwotnego stanu. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1881, Nr. 50). *H. K.*

Medycyna wewnętrzna.

Pawiński (Warszawa): **Przypadek choroby Addisona.**

W literaturze lekarskiéj polskiéj opisane są dwa przypadki choroby Addisona, potwierdzone badaniem pośmiertném. Jeden z nich opisał Le Brun (w *Pam. Tow. lek. warsz.*, T. 41), drugi Macudziński (w *Przegl. Lek.*, 1871, Nr. 42). W obu przypadkach znaleziono po śmierci gruźlicę nadnerczy. Przypadek przez P. podany jest więc trzecim, a zasługuje on tém bardziéj na uwagę, że mimo poważnych prac, szczególnie niemieckich i angielskich badaczy, choroba ta nie jest zupełnie jasną, a każdy przypadek wiele ciekawych przedstawia szczegółów. Badanie wykonane na trzy tygodnie przed śmiercią dawało tak mało pewnych szczegółów, że najpierw rozpoznano ostry nieżyt jelit, potém przypuszczano rekonwalescencyję po durze brzusznym, albo zwyrodnienie skrobiowate albo nowotwór złośliwy ukryty, dla badania niedostępny, za ostatniem zdawało się przemawiać zabarwienie skóry. Rozpoznanie jednak choroby Addisona zaczynało się na coraz pewniejszych podstawach opierać, gdy barwa skóry stawała się ciemniejszą, bezsilność większą, władze umysłowe słabły. W ostatnich dniach gorączka podniosła się do 40°C. Sekcyja wykazała obok innych zmian niewchodzących tu w rachubę gruźlicę nadnerczy, potwierdzoną pod drobnowidem obecnością komórek olbrzymich i prątków Kocha. Przypadki więc naszéj literatury powiększają liczbę przypadków zebranych przez Lewina, w których sekcyja wykazała gruźlicę nadnerczy (na 304 przypadków 211 razy). Ze względu na to, że znane są przypadki choroby Addisona bez zajęcia nadnerczy, że może istnieć zserowacenie nadnerczy bez objawów choroby Addisona za życia, że nadnercza obfitują w nerwy biorące początek ze splotów jamy brzusznéj, przypisywano nerwowi współczulnemu ważny udział w rozwijaniu się téj choroby. Tém bardziéj, że Risel podaje 15 przypadków, w których znaleziono zmiany anatomiczne splotu słonecznego w postaci przekrwienia, obrzmienia, bujania tkanki łącznéj, otaczającéj włókna nerwowe i komórki zwojowe, zanik nerwów itp. Prof. Nothnagel w niedawnéj swojéj pracy o téj chorobie (*Zeitschrift f. klin. Med.* 1885) łączy to zapatrywanie z tłumaczeniem swojém powstawania zabarwienia charakterystycznego skóry. Ciemne zabarwienie skóry, towarzyszące chorobie Addisona, zawdzięcza swój początek barwikowi krwi, względnie czerwonym ciałkom; do komórek sieci Malpighiego przenoszą go prawdopodobnie komórki tkanki łącznéj. Do nich znowu dostaje się barwik przez ścianki naczyń odmiennie unerwionych niż w stosunkach prawidłowych. W przypadku P. badanie skóry wykazało rzeczywiście zmniejszanie się ilości barwika im bliżéj naskórka, ku wewnątrz zaś w tkance łącznéj, zwłaszcza w bliskości naczyń, można było zauważyć rozrzucone komórki z brunatną drobnoziarnistą treścią. Za pochodzeniem ciemnego zabarwienia skóry w chorobie Addisona od zboczeń w układzie nerwowym, zwłaszcza nerwu

współczulnego, przemawia budowa anatomiczna nadnerczy; wiadomo, że one są przeniknięte nerwami pochodzącemi głównie ze splotów nerwu współczulnego, nadto zawierają i komórki zwojowe, że nadnercza są najczęstszém siedliskiem zmian anatomo-patologicznych w téj chorobie, szczególnie istota ich rdzenna, najobficiéj w nerwy uposażona, nadto bliskość splotu słonecznego, zwojów półksiężycowych od nadnerczy. (*Gazeta Lekarska*, 1888). *H. K.*

Medycyna sądowa.

A. Sokołowski: **Czy obrażenie ciała może być przyczyną zapalenia płuc?**

Cennym jest każdy przyczynek do kwestyi wymienionéj w tytule, tém cenniejszym, jeżeli pochodzi z obserwacyi szpitalnéj lekarza doświadczonego. Słusznie zauważa S., że związek pomiędzy urazem a zapaleniem płuc dławcowém, zapaleniem o przebiegu typowym z wybitnemi cechami choroby zakaźnéj, wśród któréj można wykazać diplokoki Friedlaendera, jest dotąd niedostatecznie wytłumaczony, a jeżeli lekarze sądowi mają stanowczo kierować się w téj kwestyi według zgodnych zapatrywań klinicystów, to przekonają ich niewątpliwie takie spostrzeżenia szpitalne, z jakich jedno ogłasza S.

Kwestyja niniejsza stanowiła w kilku ostatnich latach przedmiot wyczerpujących rozpraw bardzo poważnych autorów (Lebert, Falk, Litten, Wagner i Bamberger). W Przeglądzie Lekarskim z roku 1887 (Nr. 34) poruszył ją prof. Blumenstok w uwagach epikrytycznych, dołączonych do opisu przypadku sądowolekarskiego. W przypadku S. doznał chłopiec 14-letni pobicia, a mianowicie uderzeń w głowę a nadto miał spaść z wozu. Niebawem doznał wymiotów bez utraty przytomności, a objaw ten utrzymywał się przez 2 dni. Na trzeci dzień przywieziono go do szpitala nieprzytomnego, bez śladu obrażeń z ciepłotą podwyższoną. Dopiero na czwarty dzień wystąpiły objawy zapalenia górnego płatu płuca prawego, które przebiegało lekko, tak że chory już w 25 dni po pobiciu szpital opuścił. Autor przychodzi do wniosku, że przypady mózgowe spostrzegane z początku należy położyć na karb obrażenia głowy zwłaszcza, że w okolicy wyrostka sutkowego, t. j. w miejscu, gdzie chory doznał obrażenia utrzymywała się bolesność; okoliczność, że sprawa zapalna w płucu zajęła płat odpowiadający miejscu, gdzie uraz zadziałał, przemawia za związkiem przyczynowym pomiędzy zapaleniem a pobiciem. W wywodzie końcowym przychyla się S. do zdania wypowiedzianego już dawniéj przez Bambergera, że miąższ płuca, który uległ urazowi chociaż przez ściany klatki piersiowéj nieuszkodzonéj, stanowi grunt sposobniejszy do rozwoju swoistego pasorzyta, z własnego zaś doświadczenia przytacza przypadki, w których pasorzytem tym był nie diplokokus Friedlaendera lecz prątki gruźlicze a bezpośrednio po doznaném obrażeniu rozwinęła się w płucach sprawa przewlekła z cechami suchot płucnych. (*Gazeta Lekarska*, 1888, Nr. 6). *Dr. Schaitter.*

Choroby dzieci.

Huchard: **O leczeniu zaparcia stolca u dzieci.**

Leczyć należy przedewszystkiem przyczynowo. Do leków należy uciekać się dopiero wtedy, gdy ani uporządkowanie dyjety ani poprawa w odżywianiu mamki nie pomogły.

I. W pierwszych miesiącach życia daje się do odbytnicy czopki z mydła lub masła kakaowego albo lawatywy z wody otrębianéj, albo według Widerhofera mannę lub mannit, pierwszéj na 40·0 ciepłego mleka 5·0—10·0, drugiego 0·05 do 0·15. Jedynie w uporczywych przypadkach należy się uciec do oleju rycynowego.

II. W późniejszych miesiącach (6—18) można już śmiało stosować wszystkie środki przeczyszczające, najlepsze jednak olej rycynowy i kalomel; jeżeli zaparcie połączone z kwaśnym nieżytem żołądka, można podać magnezyję. Bardzo dobry jest lek niedawno z Ameryki do Europy sprowadzony, bardzo gorzki, *cascara sagrada*, należy go podawać w opłatku lub lub w pigułkach. Huchard poleca *Rp. Extr. hydroalcohol. Cascarae 0·50, Syr. simpl. 50·0, Tinct. cinam. 2·0 MDS.* 1—2 łyżeczki w razie potrzeby (*Zeitschrift für Therapie* 1888, Nr. 3) *H. K.*

Choroby nosa.

Hajek (Wiedeń): **O ozenie.**

Różne szkoły rozumieją zupełnie różne choroby nosa przez nazwę „ozaena“; jedni rozumieją przez nią zanik błony śluzowéj nosa połączony z cuchnieniem, inni podciągają pod tę nazwę i inne sprawy chorobowe nosa połączone z owrzodzeniami. Według najnowszych doświadczeń wypada ozenę określić jako chorobę błony śluzowéj nosa bez owrzodzeń, ale połączoną z przenikliwą wonią. Dawniéj uważano zołzy i kiłę za choroby podtrzymujące ją. W ostatnich jednak czasach wyrażono zdanie, że ozena jest chorobą grzybkową. H. badał szczegółowo tę chorobę pod względem bakteryjologicznym. W wydzielinie z nosa osób dotkniętych ozeną w siedmiu przypadkach na dziesięć znalazł w preparatach nakrywkowych koki z otoczką identyczne z pneumokokami Friedländera. Ponieważ Thost znalazł pneumokoki nietylko w ozenie ale i w innych chorobach nosa (nieżycie ostrym przewlekłym, polipach) nie można go uważać za prątek swoisty dla ozeny. Oprócz pneumokoków znalazł H. w wydzielinie ozeny prątki sprowadzające zielonawe zabarwienie wydzieliny i strupów, a wreszcie nowy prątek, który zdaje się być przyczyną nieprzyjemnéj, przenikliwéj woni; jest on krótki, w wiszącéj kropli okazuje ruchy, rozwija się i w braku powietrza i w obec niego; w roczynach wodnych barwika metylenowego błękitnego barwi się gorzéj, lepiéj jednak w alkalicznych. Z dziesięciu przypadków otrzymał go siedm razy; udaje się na wszystkich naszych odżywkach: wywołuje rozpłynięcie się żelatyny już po 24 godzinach, przyczém wywięzuje się nadzwyczaj nieprzyjemna woń, jeśli hodowle robiono w lecie lub w pokojach przy podwyższonéj ciepłocie. Na odżywce mięsnéj, na któréj się naturalne stosunki niejako naśladuje, cuchnienie tak samo szybko występuje. Mimo to przyznaje H., że tego prątka, *bacillus foetidus* zwanego, nie można uważać za swoisty dla ozeny, która zdaje się być tylko następstwem liczniejszych jeszcze szkodliwości, o których dalsze badania bakteryjologiczne i kliniczne w niedalekiéj przyszłości dokładniéj może pouczą. (*Wiener med. Blätter.*, 1887, Nr. 46). *H. K.*

Bakteryjologija.

Eiselsberg (Wiedeń): **O gruźlicy zaszczepionéj u ludzi.**

Od czasu jak Tscherning (w *Fortschr. d. Med.* 1885) ogłosił ciekawy przypadek, w którym dziewczyna skaleczywszy się brzegiem spluwaczki, zawierającéj plwociny z prątkami, dostała gruźliczego zapalenia pochewek ścięgnistych, połączonego z obrzmieniem gruczołów łokciowych i pachwinowych, i inni badacze ogłosili podobne przypadki. Szczególnie ciekawe były te, w których wykazano, że u dzieci żydowskich po obrzezaniu wystąpiła gruźlica części rodnych lub otoczenia. W ostatnich czasach spostrzegał E. w klinice prof. Billrotha

trzy przypadki gruźlicy przeszczepionéj z zewnątrz. Pierwszy z nich dotyczył dziewczynki 16 letniéj, pochodzącéj z rodziców zupełnie zdrowych, któréj, mającéj już 13 lat, przekłuwano uszy za pomocą zwykłéj igły do szycia, w któréj siedziała nitka czarna zwykła; igla pochodziła od przyjaciółki „chorowitéj“. W trzy tygodnie po przekłuciu rozwinął się na lewém uchu guzek wielkości orzecha laskowego, wrzodziejący, dość twardy; guz wycięto razem z otoczeniem, a badanie drobnowidowe wykazało w nim naciek drobnokomórkowy z komórkami olbrzymiemi, a w nich i około nich w każdym skrawku prątki gruźlicze. W płucach u niéj nie było ani śladu gruźlicy, a w całym ustroju ani śladu zołzów. Tak samo był zupełnie zdrów 17 letni kupczyk, którego w czasie napadu na ulicy ukłuto nożem w ramię, rana z czasem okazała się jako niemająca dążności do gojenia się, ziarnina jéj blada, brzegi jéj zaczerwienione, dość twarde, niebolesne, w pasze niebolesny, twardy gruczoł. Wrzód cały z otoczeniem na znacznéj przestrzeni wycięto, po 10 dniach rana się zagoiła, a badanie drobnowidowe wykazało to samo co w tamtym przypadku. — Ciekawym jest przypadek trzeci. Kobieta 50-letnia, zajęta praniem bielizny z choréj gruźliczéj, zdrapała sobie trądzik jeden pod okiem. Bielizna była zawalana ropą, prawdopodobnie także gruźliczą. W sześć dni potém utworzył się w tém miejscu znaczny wrzód; gdy chora widziała, że w ostatnich 6 tygodniach szerzy się, zgłosiła się do kliniki, gdzie jéj wrzód wycięto, a w nim wykazano prątki gruźlicze. — Czwarty przypadek pochodzi z praktyki prywatnéj Docenta Hackera. Choréj nerwowéj wstrzyknięto podskórnie morfin. W miejscu wstrzyknięcia zrobił się u niéj, zupełnie zdrowéj wrzód, na którego dnie znajdowała się sondą wykazać się dająca przetoka kręta podskórna. Wycięto kawałki skóry, a odpowiednie badanie wykazało prątki. Słusznie zupełnie miał więc zdaniem E. prof. König, który zalecił wszystkim lekarzom (przy sposobności opisania przypadku, gdzie po wstrzyknięciu morfinu przyszło do gruźlicy skóry i gruźliczego zapalenia otrzewny) jak najstaranniejsze czyszczenie i odrażanie strzykawek Pravaza. (*Wiener med. Wochenschrift* 1887, 53). *H. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 4 z dnia 22 lutego 1888 r.

Przewodniczący wiceprezes kol. Mars. Członków obecnych 33.

1. Kol. Grabowski odczytuje sprawozdanie administracyi Przeglądu Lekarskiego, które po oświadczeniu kol. Zarewicza jako członka komisyi skrutacyjnéj, że wszystkie odnośne rachunki znalazła komisyja w porządku, jednogłośnie przyjęto bez dyskusyi.

2. Odczytano i przyjęto protokół z posiedzenia d. 8 lutego.

3. Członkami czynnymi Towarzystwa obrano Drów Mikołaja Buzdygana, Gustawa Piotrowskiego, Antoniego Krokiewicza, Antoniego Filimowskiego, Salomona Grossa, Kazimierza Godlewskiego i Ignacego Porębowicza, członkiem zaś korespondentem Dra Karola Szadka z Kijowa.

4. Kol. Krokiewicz okazał hodowle prątka rakowego wykrytego przez Scheurlena a mianowicie hodowle na surowicy krwi, gelatynie, agarze, bulijonie i ziemniakach, opisał dokładnie sposób hodowania, podał wyniki przeszczepiania tych prątków na psy. Prelegent uczynił wzmiankę o prątku dwukropkowym Schilla i wykazał, że ani jednego ani drugiego prątka nie można uważać za przyrzut raka, w końcu starał się udowodnić, że ze stanowiska anatomo-patologicznego nie można nowotworów rakowatych uważać za twory powstające pod wpływem zakażenia.

5. Kol. Schaitter okazał mózg i mięsień z kobiety zmarłéj w szpitalu św. Łazarza. W przypadku tym zarządziła prokuratoryja sekcyję sądową zwłok w skutek doniesienia, że osoba ta zmarła z następstw pobicia. Sekcyja wykazała ogólną wągrowatość prawie wszystkich narządów, a zwłaszcza w korze mózgowéj nader liczne charakterystyczne pęcherzyki. Badanie mikroskopowe tychże okazało wieniec haczykowaty charakterystyczny. W obec braku wszelkich śladów obrażenia musiano tę zmianę uważać za przyczynę śmierci.

6. Kol. Rydel miał wykład o najnowszych sposobach operowania zaćmy i przedstawił kilku chorych operowanych przez siebie w klinice i prywatnie. (Wykład ten będzie drukiem ogłoszony). Dyskusyję nad tym przedmiotem odroczono z powodu spóźnionéj pory do posiedzenia następnego. *Dr. Schaitter*, sekretarz.

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Prof. Tomassi-Crudeli (Rzym): **O przyczynie zimnicy.** Zarazek zimnicy, znany od niedawnego czasu pod nazwą „*plasmodium malariae*“, ma wcale nie istnieć, ma być tylko następstwem choroby nieznanéj, oto krótko wypowiedziana treść pracy prof. T. i członka rzymskiéj Akademii Umiejętności prof. Mosso, który w ostatnich czasach obszerną jéj przedłożył pracę o patologii krwi. Zimnica ma szczególne szczęście do mikroorganizmów, co parę lat, ba nawet co roku wykazują bakteryjolodzy jakiś nowy mikrob, jako dla niej swoisty. Niedawno nowo przez Richarda wykryty, a przez Marchiafawę i Celliego zatwierdzony pasorzyt, dla którego już nawet Golgi opisał sposób rozmnażania się przez przewężanie, ma nim wcale nie być, bo to co się pod drobnowidem widzi, jest tylko masą rozpadową ciałek krwi, ma być tylko obrazem wstecznéj ich przemiany; rozmaite stany rozpadłych ciałek krwi uważano za plasmodia, a tymczasem udało się Mossowi otrzymać je sztucznie przez wlanie do krwi kur i gołębi krwi ludzkiéj lub psiéj. Te same zmiany opisał zdaniem T. jeszcze przed 45 laty Dujardin przy powolném parowaniu krwi i dodawaniu słabych rozczynów kwasu solnego. Przemiana wsteczna ma się w ten sposób odbywać, że się pierwoszcze ciałka krwi już po trzech dniach zamienią powoli w masę szklistą; ta się z czasem układa w postać płytek szklanych (Golgiego segmentacyja — przewężanie się plasmodiów), które się wnet rozpadają w niekształtną masę ziarnistą. W ten sposób udowodnił Mosso doświadczeniem na zwierzętach to, co jeszcze przed rokiem T. o plasmodiach i o zmianie we krwi po zimnicy wypowiedział. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1887, Nr. 46). *H. K.*

Friedrich (Mnichów): **O częstości pojawiania się pasorzytów zwierzęcych w jelitach osób dorosłych.**

F. zachęcony przez prof. Bollingera zajął się zbadaniem przedmiotu, co do którego niedawno Müller dla Lipska i Drezna a Heller dla Kielu piękne ogłosili prace; rozchodziło się o wykazanie, jak często napotyka się w jelitach osób dorosłych w Mnichowie pasorzyty zwierzęce. Z 107 sekcyjonowanych i w tym kierunku badanych zwłok, z których 62 było mężczyzn, 45 kobiet, znaleziono pasorzyty u 8 mężczyzn, 12 kobiet; glistę ludzką 7 razy, glistnicę robaczkową 3 razy, włosogłówkę 10 razy. Raz tylko znalazł dwa gatunki pasorzytów równocześnie u jednéj osoby, glistę i włosogłówkę. Tasiemca ani razu nie napotkano. Stosunkowo więc noszą w sobie osoby dorosłe w Mnichowie mało pasorzytów. Najwięcéj żywicieli ich znajduje się według statystyki Hellera w Kielu. Według jednych okoliczność, że mieszkańcy Mnichowa stosunkowo mało wody piją, ma być tego przyczyną. Z poszukiwań F. wynika, że żaden wiek nie jest od nich

wolny; najstarszy człowiek z badanych miał lat 82, a nosił w sobie robaki. Im niżéj co do lat w statystyce umieszczeni ludzie, têm częściéj je napotykano, a z nich znowu u kobiet więcéj aniżeli u mężczyzn. Najróżnorodniejsze zmiany w przewodzie pokarmowym nie wpływały na obecność lub brak pasorzytów, bo nawet w obec bardzo rozległych zmian gruźliczych w jelitach napotykano takowe. Na wiosnę pasorzyty wymienione napotykano częściéj aniżeli w lecie lub jesieni. (*Münchener med. Wochenschr.* 1887, Nr. 47 i 48). *H. K.*

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 10 b. m. pod przewodnictwem prezydenta miasta posiedzenie nadzwyczajne, na którém zajmowano się jedynie pojawieniem się duru osutkowego w aresztach miejskich. Z przedstawienia fizyka miejskiego okazuje się, iż pierwszy przypadek ukazał się 26 lutego i że do dnia 9 b. m. zapadło nań kolejno 14 aresztantów, wyłącznie mężczyzn. Celem powstrzymania szerzenia się wymienionéj choroby zrobił Magistrat, czego w takim razie nauka i ustawy wymagają, a uwiadamiając o têm komisyję sanitarną prosi o opinię, czy użyte przeciw epidemii domowéj w aresztach miejskich środki uważa za dostateczne i co robić daléj wypada. Nad têm przedstawieniem fizyka miejskiego wywiązała się długa i ożywiona dyskusyja, w któréj ostatecznie przeważyło zdanie, że środki przez Magistrat zarządzone na teraz zupełnie wystarczają, że epidemija w aresztach miejskich jest wyłącznie domową i obecnie nie daje powodu do żadnych obaw dla zdrowia publicznego. Postanowiono daléj, że każdy nowy aresztant zaraz przy swém przybyciu do aresztów miejskich ma wziąć kąpiel a rzeczy jego winny być poddane desinfekcyi. W szpitalu św. Łazarza, dokąd posłano chorych na dur osutkowy, winny być rzeczy wszystkich chorych również desinfekcyjonowane. W razie pojawienia się nowych przypadków duru osutkowego w aresztach miejskich ma się odbyć posiedzenie komisyi sanitarnéj w d. 17 bm. (Dla uzupełnienia powyższego zdania zdania sprawy dodajemy, iż od 9—13 bm. nie pojawił się żaden nowy przypadek w aresztach miejskich a liczba chorych na dur osutkowy w szpitalu św. Łazarza nie uległa do tego dnia zmianie).

○ Zjazd w sprawie gruźlicy u ludzi i zwierząt. Zjazd lekarzy i weterynarzy mający za przedmiot zbadanie naukowe gruźlicy u ludzi i zwierząt odbędzie się w Paryżu od 15 do 31 lipca 1888. Na czele komitetu urządzającego stoi jako prezes Dr. Chauveau. Członkami być mogą lekarze i weterynarze francuscy i zagraniczni, którzy wniosą składkę 10 franków. Zjazd zajmie się rozbiorem tematów przez komitet urządzający ustanowionych, mogą atoli i członkowie przedkładać swe prace ale tylko odnoszące się do gruźlicy, wyniki ich winny być w krótkości naprzód podane komitetowi urządzającemu, który je poleci wydrukować i roześle przed Zjazdem członkom.

Komitet urządzający proponuje następne temata: 1) Niebezpieczeństwo, na jakie naraża spożywanie mięsa i mleka zwierząt gruźlicą dotkniętych, środki zaradcze. 2) O rasach ludzi, rodzajach zwierząt i tkankach organicznych ze względu na ich usposobienie do gruźlicy. 3) Drogi wprowadzania i szerzenia się jadu gruźliczego w ustroju. Środki zapobiegawcze. 4) Środki wczesnego rozpoznawania gruźlicy u ludzi. 5) Środki wczesnego rozpoznawania gruźlicy u zwierząt.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19—25 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 39·0. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z dławca i błonicy 4 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (2 z. t.); z gruźlicy 14 (12 z. t.); z zapalenia płuc 4 (9 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku dławca, 2 odry, 4 duru brzusznego (3 obcych), 2 duru osutkowego ze Świątnik. W tygodniu od 12—18 lutego umarło z ospy we Lwowie, Przemyślu, Tarnowie i Czerniowcach po 1, w Lublanie 12, w Tryjeście 6, w Pradze 13, w Opawie 2, w Rzymie 6, w Paryżu 5, w Warszawie 9, w Londynie i Petersburgu po 1. Z odry umarło w Wiedniu 7, w Hamburgu 8, w Paryżu 19, w Londynie 14, w Chrystyjanii 13. Z płonicy umarło w Czerniowcach 1, w Wiedniu 2, w Warszawie 8, w Pradze 2, Gracu 1, w Londynie 30, w Petersburgu 12. Z durzycy umarło we Lwowie 2, w Wiedniu, Lublanie, Tryjeście po 1; w Pradze 3. Z krztuśca umarło w Czerniowcach 3, w Tryjeście 3, w Pradze 1, w Londynie 122. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie i Tarnowie po 2, w Czerniowcach, Stanisławowie i Drohobyczu po 1, w Wiedniu 9, w Pradze 7, w Berlinie 30, w Dreźnie 9, w Budapeszcie 10, w Paryżu 42, w Londynie 38, w Amsterdamie 8, w Petersburgu 26.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 12—18 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,5; we Lwowie 34,2; w Brodach 25,4; w Drohobyczu 27,3; w Kołomyi 23,8; w Przemyślu 28,5; w Stanisławowie 27,4; w Tarnowie 34,4; w Czerniowcach 39,7; w Warszawie 26,0; w Poznaniu 26,1; w Wiedniu 30,0; w Salcburgu 27,0; w Gracu 32,1; w Lublanie 69,8; w Tryjeście 43,1; w Insbruku 25,6; w Pradze 39,4; w Bernie 37,4; w Ołomuńcu 25,5; w Opawie 51,4; w Berlinie 19,7; we Wrocławiu 26,2; w Gdańsku 24,2; w Dreźnie 21,9; w Hamburgu 27,7; w Kolonii 23,9; w Królewcu 23,3; w Lipsku 18,1; w Strasburgu 25,1; w Amsterdamie 26,8; w Brukseli 27,5; w Budapeszcie 32,6; w Chrystyjanii 25,1; w Kopenhadze 29,6; w Londynie 20,6; w Odesie 19,8; w Paryżu 25,8; w Petersburgu 33,3; w Rzymie 29,3; w Stokholmie 24,3; w Wenecyi 39,4. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 marca. W dniu 12 bm. przypadała 80ta rocznica urodzin czcigodnego Prezesa Akademii Umiejętności prof. Dra Majera. Członkowie zarządu i biura Akademii Umiejętności pospieszyli wyrazić mu w dniu tym radość, że w czerstwém zdrowiu dożył sędziwego wieku i złożyć życzenia, aby długo jeszcze pędził żywot pełen zasług na licznych polach swéj działalności. Do życzeń tych wyrażonych przez prof. Dra Zolla w zastępstwie wiceprezesa Akademii prof. Teichmanna, któremu stan zdrowia nie dozwolił przybyć, dołączyło ze swéj strony życzenia Towarzystwo lek. krak., wyrażając je przez swego prezesa, wiceprezesa i sekretarza stałego. Senat Uniw. Jagiell. przesłał życzenia swe w piśmie następującéj treści:

Dostojny Panie! Gdy miasto Twoje rodzinne i kraj cały, patrząc na długie lata Twojego żywota a w nich tyle różnorodnych zasług, czcią i przywiązaniem otacza Twój wiek podeszły a pragnie gorąco, byś długo jeszcze w téj czerstwości ciała i czynności umysłu pomagał mu i przyświecał pracą, radą i przykładem: to nikt w têm mieście i kraju nie patrzy na Ciebie z większą wdzięcznością i chlubą niż nasz Uniwersytet Jagielloński. Z nim najbardziéj zrosło się Twoje życie: w nim najdłużéj składały się dobroczynne skutki Twoich starań i Twoich nauk: on w Tobie miał mądrego i czcigodnego przewodnika cztery razy, nieraz w złych chwilach obronę a zawsze wzór publicznego ducha, gorliwéj miłości i umiejętnego pełnienia naszego zawodu. Kiedy więc rocznica dzisiejsza przypomina wszystkim całe pasmo Twojego żywota, to nigdzie, wierzaj, nie budzi ona wspomnień tak rzewnych jak w téj naszéj staréj szkole, nigdzie żywiéj nie czuje się radości z dokonanych dzieł i położonych zasług Twoich i nigdzie serdeczniéj nie odzywa się życzenie, żeby Cię Bóg długo w czerstwéj sile i pokoju duszy zachował na dobro ogółu a na pociechę tych, co znając Cię najlepiéj muszą szanować Cię i kochać najbardziéj!

Kraków dnia 12 marca 1888.

Dr. Spis, rektor Uniw. Jagiell.

Prof. Dr. Cyfrowicz, sekretarz U. J.

Do tych objawów zasłużonéj czci, notując je, dołączamy i my z naszéj strony również serdeczne życzenia zaliczając z chlubą prezesa Majera do liczby założycieli naszego pisma.

* Wydział lekarski na ostatniém swém posiedzeniu zamianował Dra Filimowskiego na rok dalszy asystentem przy katedrze anatomii opisowéj a Drnda Wojtaszka również na rok dalszy demonstratorem przy katedrze farmakologii.

* **Lwów.** Protomedyk już powrócił ze Sambora, jest trochę osłabiony, ale zresztą ma się dobrze.

* Otrzymaliśmy Sprawozdanie Rady Zawiadowczéj Towarzystwa lekarzy galicyjskich za r. 1887, z którego wynika, że z końcem r. 1887 Towarzystwo liczyło członków czynnych 328 a korespondentów 21, wreszcie honorowych 12. Dochodów było 11.547 (włączając w to fundusz protomedyka w kwocie 6.100 złr.), wydatków 4.189 złr.; po odtrąceniu więc

funduszu tego pozostała nadwyżka w kwocie 1.258 złr. Wydatki były następujące: zapomogi jednorazowe 630 złr., pensyja dla wdów 910 złr., pensyje dla sierót 300 złr., za dostarczony dla członków Przegląd Lekarski 2.042 złr. itd. Majątek Tow. wynosił: fundusz żelazny 32,400 złr.; fundusz członków dożywotnich 1,700 złr., fundusz Dra Krówczyńskiego 300 złr., Biesiadeckiego 6.100 złr., w gotówce 1.052 złr. W ciągu roku 1887 złożyli jako członkowie dożywotni po 100 złr. Drowie Kossak i Opolski we Lwowie i Dr. Wain z Krosna. Dr. Piotr Krzeczunowicz testamentem zapisał Towarzystwu 4.000 zła., a Dr. Franciszek Niedźwiecki, b. lekarz powiatowy w Samborze, cały swój majątek, dotąd jeszcze nie zlikwidowany; tak, że dzięki tym dwom kolegom, fundusz Towarzystwa powiększy się sumą około 10,000 złr. Wreszcie sprawa fundacyi Stillerów niezadługo będzie uporządkowaną. W skład Rady Zawiadowczéj Towarzystwa wchodzili: protomedyk Biesiadecki jako prezes, prof. Czyżewicz jako wiceprezes, Dr. Merunowicz jako sekretarz jeneralny, A. Littich jako skarbnik, Drowie Bylicki, Smutny i prof. Kadyi jako członkowie, a Drowie Krówczyński i Rieger jako delegaci Tow. lek. krakowskiego.

Z prawdziwą przyjemnością zapisujemy te daty. Świadczą one, że i u nas pięknie rozwinąć się może instytucyja tak pożyteczna. Powodzenie jéj stan nasz lekarski zawdzięcza protomedykowi, który niestrudzony jest w zabiegach i usiłowaniach, aby wdowy i sieroty po lekarzach nie ginęły z głodu i aby lekarze podupadli lub do pracy nie zdolni jakitaki mieć mogli zasiłek. Widzimy, że starania te już odniosły skutek pożądany a niejedna wdowa lub sierota błogosławi inicyjatorowi jednéj z najpiękniejszych instytucyj.

* **Wiedeń.** Prymaryjusz Dr. Langer przenosi się do szpitala Rudolfa, a miejsce jego w szpitalu powszechnym zajmuje prym. Dr. Redtenbacher.

Prezes ministrów zapowiedział budowę nowego wielkiego szpitala w Wiedniu kosztem milijona złr.

* **Peszt.** Władze miejskie w Peszcie wydały polecenie wszystkim lekarzom praktykującym i akuszerkom donoszenia o każdym przypadku poronienia bez względu na okres ciąży. Płód i części dodatkowe winny być zachowane aż do oględzin przez oglądacza. Przekraczający to polecenie ulegną karom.

* W Hongkong otworzoną została w październiku szkoła lekarska dla Chińczyków. Przedmiotami wykładowemi są: botanika, chemija, fizyka, anatomija, fizyjologija, patologija i anatomija patologiczna, farmakologija i terapija, med. wewnętrzna, chirurgija, chirurgija wojskowa, okulistyka, dentystyka, położnictwo i ginekologija, higijena cywilna i wojskowa, medycyna sądowa i toksykologija.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Erlanga.** Dr. Bumm mianowany został nadzw. profesorem psychijatryi. — **Bononija.** Profesorami mianowani: Tartuferi i Albertoni, pierwszy okulistyki, ostatni fizyjologii. — **Petersburg.** Adjunkt akademii wojennéj lekarskiéj Dr. Karpiński mianowany został nadzw. profesorem. — W téjże Akademii habilitowali się Drowie Kohan i Grammatikati, pierwszy jako docent patologii ogólnéj, ostatni położnictwa i ginekologii. — **Wiedeń.** Na katedrę anatomii opisowéj, opróżnioną przez śmierć Langera, Wydział zaproponował trzech kandydatów w następującéj kolei: Schwalbego ze Strasburga, Zuckerkandla z Gracu i Rabla z Pragi.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Jan Mikołajski z Krakowa, Jan Antoni Przesmycki z Żabna w Galicyi i Józef Rosenzweig z Brzozówki w Królestwie Polskiém.

Lekarzem starszym w armii czynnéj mianowany został dotychczasowy elew Dr. Maryjan Grabowski.

* **Nekrologija.** W Bazylei umarł w 47 roku życia Dr. Arnold Baader, redaktor *Corresp f. schweizer. Aerzte*; w Hali zginął w pojedynku Dr. Schmitz, asystent kliniki lekarskiéj. W Wiedniu umarł Dr. Franciszek Škoda, b. protomedyk czeski, brat profesora, w 88 roku życia. W Petersburgu umarł Dr. Leopold Holst w 54 roku życia w skutek zakażenia się.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Wiadomościach Lekarskich:* Nr. 7: Wicherkiewicza: Przypadek otrucia pilokarpinem i kilka uwag nad działaniem tego środka; Bohosiewicza: Udar słoneczny. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 9: Sokołowskiego: Przyczynek do kazuistyki leczenia operacyjnego polipów krtaniowych; Matlakowskiego: *Aneurysma traumaticum arteriae carotidis commun. dextrae* oraz uwagi o sposobie Antylla (dok.). — W *Medycynie* Nr. 9: Dobrzyckiego: Sławuta sprowozdanie za r. 1887

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 10: Chełchowskiego: O pogorączkowém zmniejszeniu częstości tętna; Srebrnego: Grużlica gardzieli i krtani w obec najnowszych metod jéj leczenia. — W *Medycynie* Nr. 10: Dobrzyckiego: Sławuta, sprawozdanie za r. 1887 (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. B. WICHERKIEWICZ: Ueber ein sicheres operatives Verfahren gegen Trichiasis u. Distichiasis. (Odbitka z *Berl. klin. Woch.* 1888) in 8o, str. 8.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 21 bm. **w sali wykładowéj prof. Adamkiewicza** o godzinie 6éj posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Browicz będzie miał wykład o marskości żołądka, 2) kol. Gross o prątkach duru brzusznego, metodach badania krwi i odnośnych wydzielin chorych i zmianach wywołanych w śledzionie po dokonanéj punkcyi téjże, 3) kol. Jaworski przedstawi nowy przyrząd aspiracyjny Dra Czyrniańskiego i okaże preparaty mikroskopijne treści żołądka.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie posiedzenie zwyczajne dnia 22 marca b. r. we czwartek o godzinie 6éj wieczorem w sali Akademii Umiejętności.

Sprostowanie. W Nrze 8ym na drugiéj stronie karty pierwszéj zamiast: pomoc, opiekowanie się (Dra Krzyżanowskiego), czytaj pomoc w opiekowaniu się; Str. 131, wiersz 28 z góry nieocięty czytaj nieodcięty, wiersz 8 z dołu: i wystające dreny z gazy czytaj i wystające dreny, jakotéż z gazy..., str. 132 w. 3 z dołu zamiast gdzie te szwy, czytaj gdzie to szwy.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. O. B. w W. Przegląd wysłaliśmy. Za nadesłanie pracy, którą wkrótce umieścimy, dziękujemy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.